

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2024

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Mark Lönnies, Dirk van den Heuvel
Die geriatrische Versorgung nachhaltig gestalten
Seite 188–206

doi: 10.30433/GWA2024-188

Mark Lönnies, Dirk van den Heuvel

Die geriatrische Versorgung nachhaltig gestalten

Die Babyboomer kommen in die Jahre und damit wird der Bevölkerungsanteil alter und hochaltriger Menschen in den nächsten Jahren erheblich ansteigen. Dies wird sich auch im Gesundheitssystem und bei der individuellen medizinischen Versorgung bemerkbar machen. Denn Betagte und Hochbetagte haben besondere Behandlungsbedarfe, die ebenso spezifischer Versorgungsstrukturen bedürfen. Doch das Gesundheitswesen ist auf diese Entwicklung (noch) nicht beziehungsweise nicht ausreichend strukturell vorbereitet. Zudem haben sich unter anderem eine jahrelange Unterfinanzierung, die Corona-Pandemie sowie gestiegene Energiekosten plus Inflation zu großen wirtschaftlichen Herausforderungen summiert. So kann die Vergütungssituation der Altersmedizin in Rehabilitationseinrichtungen bereits heute nur als prekär bezeichnet werden – trotz des bereits im Jahr 2020 verabschiedeten Intensiv- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG). In dem seit 2023 andauernden Ringen um die Krankenhausreform wird deutlich, dass eine echte sektorenübergreifende Versorgungsplanung in der Praxis immer noch nicht angekommen ist und sich finanzielle Planungen nicht von konzeptionellen Überlegungen lösen lassen.

Im Fokus der Altersmedizin

Im Gegensatz zu anderen Patientengruppen sind betagte und hochbetagte Menschen häufiger von mehreren Erkrankungen beziehungsweise gesundheitlichen Einschränkungen gleichzeitig betroffen (Muth und van den Akker 2021). Dazu gehören verminderte körperliche und/oder kognitive Leistungsfähigkeit, latente oder manifeste Funktionseinschränkungen sowie im Lauf der Zeit erworbene chronische Erkrankungen. Altersbedingte akute Krankheiten oder Unfälle (beispielsweise Stürze) kommen hinzu. Zu diesen Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) tritt zumeist eine höhere Gebrechlichkeit (Frailty) und eine verringerte Belastbarkeit hinzu (Sieber und Kruse 2021). Vor diesem Hintergrund stellt die Altersmedizin nicht die einzelne gesundheitliche Einschränkung in den Mittelpunkt der Behandlung, sondern die Gesamtheit der gesundheitlichen Defizite.

Um der besonderen Situation dieser Patientengruppe gerecht zu werden, wurden in den letzten Jahrzehnten sowohl im Krankenhausbereich als auch im Bereich der Rehabilitation geriatrispezifische Versorgungsstrukturen entwickelt und ausgebaut. So existieren aktuell Kliniken für Geriatrie mit einem stationären akutmedizinischen und

frührehabilitativen Leistungsangebot sowie stationäre geriatrische Rehabilitationskliniken. Daneben gibt es bundesweit ein nicht-stationäres Versorgungsangebot. So gibt es Tageskliniken als Teil der akutmedizinischen Versorgung an Krankenhäusern sowie Einrichtungen der ambulanten und mobilen geriatrischen Rehabilitation.

In allen Versorgungsformen arbeiten multiprofessionelle Teams auf der Basis einer multidimensionalen Diagnosestellung zusammen. Ein solches Team, bestehend aus geriatriespezifisch geschulten Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Therapeutinnen und Therapeuten, (Neuro)Psychologinnen und (Neuro)Psychologen sowie dem Sozialdienst, berücksichtigt zunächst die verschiedenen Krankheiten und ihre Zusammenhänge. Ergänzend wird gefragt, ob und wie wieder ein möglichst selbstständiges Leben geführt werden kann. Auch bestimmte Vorsorgeaspekte spielen dabei eine immer größere Rolle. Darauf aufbauend erfolgt die individuelle medizinische Intervention in Verbindung mit (früh)rehabilitativen Maßnahmen. Grundsätzlich ist das Ziel jeder geriatrischen Behandlung, die größtmögliche Selbstständigkeit und Teilhabe älterer Menschen wiederherzustellen beziehungsweise zu erhalten. Frühzeitige rehabilitative Maßnahmen sollen überdies – gemäß dem sozialgesetzlich verankerten Patientenanspruch „Reha vor und bei Pflege“ – Pflegebedürftigkeit vermeiden beziehungsweise so weit wie möglich vermindern. Dieser ganzheitliche Ansatz verdeutlicht, dass sich geriatriespezifische Versorgungsstrukturen von denen anderer medizinischer Fachbereiche unterscheiden müssen.

Stationäre geriatrische Versorgungsstrukturen

Wie sieht nun die aktuelle Situation in der Altersmedizin aus? Das Statistische Bundesamt (Destatis) erhebt regelmäßig die Anzahl der geriatrischen Einrichtungen, die zur Verbesserung für das Weißbuch Geriatrie regelmäßig mit einer eigenen Strukturdatenerhebung des Bundesverbandes Geriatrie ergänzt wird. Im Verband sind etwa 400 Kliniken für Geriatrie, Tageskliniken sowie stationäre, ambulante und mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen vertreten, womit der Verband die gesamte altersmedizinische Versorgungskette im Blick hat. Dass hierbei Abweichungen entstehen, ist möglicherweise der Tatsache geschuldet, dass die Altersmedizin in den Bundesländern konzeptionell unterschiedlich strukturiert ist. So beruhen die Zahlen der Bundesbehörde Destatis auf den Erhebungen der Länderbehörden, sodass es gegebenenfalls auch zu

Übermittlungs- und Zuordnungsfehlern kommen kann. Der Bundesverband Geriatrie verfügt durch seine Mitglieder über konkrete Zahlen, die vor Ort erhoben werden und nach Ansicht des Verbandes die Situation realistisch darstellen.

In seiner jüngsten Statistik aus dem Jahr 2019 – also vor Beginn der Corona-Pandemie – führt Destatis insgesamt 358 Kliniken für Geriatrie an Krankenhäusern mit einer Gesamtkapazität von 19.137 Betten. Die Erhebung des Bundesverbandes Geriatrie weist zum identischen Stichtag mit 476 Einrichtungen und 23.297 Betten eine deutliche Differenz auf. Bei den geriatrischen Rehabilitationskliniken verzeichnet Destatis 145 Häuser mit 8.176 Betten. Ergänzt um die Erkenntnisse des Bundesverbandes Geriatrie waren es insgesamt 168 Einrichtungen mit 8.563 Betten. Die Tabellen 1 und 2 zeigen die Erhebungen im Vergleich plus die Verteilung der Einrichtungen auf die Bundesländer.

Tabelle 1: Übersicht der Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen in Deutschland

	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis 2019	Erhebung BVG 2019	Destatis 2019	Erhebung BVG 2019
Baden-Württemberg	13	30	463	923
Bayern	70	78	1.949	2.181
Berlin	23	24	1.783	1.982
Brandenburg	21	24	1.194	1.449
Bremen	4	4	350	308
Hamburg	12	12	1.190	1.236
Hessen	35	39	2.222	2.342
Mecklenburg-Vorpommern	2	4	46	110
Niedersachsen	15	40	594	1.242
Nordrhein-Westfalen	94	115	5.553	6.446
Rheinland-Pfalz	14	25	591	900
Saarland	6	6	271	260
Sachsen	8	22	327	792
Sachsen-Anhalt	13	20	687	828
Schleswig-Holstein	19	20	1.237	1.431
Thüringen	9	13	680	868
Summe	358	476	19.137	23.297

Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019, Destatis 2019, Datenerhebung durch Bundesverband Geriatrie, Bundesverband Geriatrie®

Tabelle 2: Übersicht der geriatrischen Rehabilitationskliniken in Deutschland

	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis 2019	Erhebung BVG 2019	Destatis 2019	Erhebung BVG 2019
Baden-Württemberg	37	41	1.920	2.105
Bayern	61	62	2.938	2.908
Berlin	0	0	0	0
Brandenburg	2	2	108	108
Bremen	1	1	62	60
Hamburg	0	0	0	0
Hessen	2	2	152	45
Mecklenburg-Vorpommern	4	4	239	239
Niedersachsen	16	19	857	897
Nordrhein-Westfalen	17	20	1.060	1.172
Rheinland-Pfalz	5	6	322	358
Saarland	5	5	260	232
Sachsen	2	4	154	322
Sachsen-Anhalt	1	1	79	92
Schleswig-Holstein	0	0	0	0
Thüringen	1	1	25	25
Summe	154	168	8.176	8.563

Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019, Destatis 2019, Datenerhebung durch Bundesverband Geriatrie, Bundesverband Geriatrie®

Aktuellere Zahlen liefert die jährliche Mitgliederbefragung des Bundesverbandes Geriatrie vom September des Jahres 2023. Diese Befragung zeigt, dass im stationären Bereich der Umfang der zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten im Vergleich zur Zeit vor der Corona-Pandemie deutlich gesunken ist. Ein wichtiger Faktor ist dabei der Fachkräftemangel. Die altersmedizinische Versorgung ist deutlich personalaufwendiger als andere medizinische Disziplinen. Dies betrifft vor allem den pflegerischen und therapeutischen Dienst, was zu entsprechenden Kapazitätseinschränkungen führt. Unter anderem die Personalintensität der Versorgung führt in Zeiten deutlich steigender Löhne und der Konkurrenz um die verfügbaren Kräfte im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen zu einem besonderen wirtschaftlichen Druck. Dieser kann zumeist nicht sachgerecht im DRG-System beziehungsweise über die entsprechenden Tagessätze ausgeglichen werden. Dieser wirtschaftliche Druck und die angespannte Personal situation führen zu einer Verringerung der real verfügbaren Versorgungskapazitäten – in

einer Zeit, in der ein steigender Bedarf besteht und sich eine weitere Zunahme in den nächsten Jahren und Jahrzehnten abzeichnet.

Dabei ist der Personalmangel als solcher kein geriatriespezifisches Problem. Im gesamten Gesundheitswesen werden derzeit vielfältige Konzepte diskutiert und erprobt, um sowohl ärztliches Personal als auch Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegekräfte zu finden und dauerhaft zu binden. Einen Königsweg wird es hier wohl nicht geben, jedoch zeichnet sich ab, dass bessere Arbeitsstrukturen, ein modernisiertes Schichtsystem sowie eine angemessene Vergütung wichtige Bausteine auf dem Weg zu einer ausreichenden Personaldecke sein werden.

Der steigende Bedarf spiegelt sich auch bei den Wartezeiten wider, bevor Behandlungsbedürftige in Geriatrien aufgenommen werden können. Bei der letzten Erhebung bestanden für rund zwei Drittel der Einrichtungen entsprechende Wartezeiten. Diese sehr kritische Situation hat mehrere negative Effekte: So können die Betroffenen nicht ihren Anspruch auf eine medizinisch sachgerechte Behandlung umsetzen und ihnen wird die Chance genommen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise zu verringern. Zudem ist die Entlassung der Patientinnen und Patienten in eine Anschlussheilbehandlung problematisch. Aufgrund der fehlenden Kapazitäten geben beispielsweise drei Viertel der Kliniken für Geriatrie an, für die überwiegende Zahl der Fälle zeitnah keinen geriatriespezifischen Rehabilitationsplatz zu finden. Damit ist nach der Corona-Pandemie der seit dem Jahr 2000 gesetzlich fixierte Anspruch auf eine geriatriespezifische Versorgung erstmals ernsthaft in Gefahr.

Problematisch ist der beschriebene Versorgungsgap auch vor dem Hintergrund, dass der Gesetzgeber vor wenigen Jahren den Zugang zur geriatrischen Rehabilitation gesetzlich erleichtert hat. Die Regelung, die seit Ende des Jahres 2023 in die Praxis umgesetzt ist, sieht ein erleichtertes Genehmigungsverfahren für entsprechende Rehabilitationsanträge aus dem hausärztlichen Bereich vor. Zudem wurde auch das Genehmigungsverfahren einer Anschlussrehabilitation neu geregelt. Beides erfolgt mit dem Ziel, den Bedarf an geriatrischer Rehabilitation umfassender und schneller erfüllen zu können. Somit wird auch dieser Prozess kurzfristig zu einer Zunahme des Bedarfs an geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen führen.

Vergleich mit anderen Fachgebieten

Wie steht die Altersmedizin damit im Vergleich zu anderen Fachgebieten da? Für einen detaillierten Vergleich hat der Bundesverband Geriatrie die Entwicklung der Fallzahlen, der Krankenhaushäufigkeit und der Bettenkapazitäten zusammengestellt. Dabei zeigt sich, dass sowohl die Inanspruchnahme als auch die bereitstehenden Versorgungskapazitäten in der Geriatrie von 2013 bis 2019 bedeutend gestiegen sind. Die Entwicklungen bei Fallzahlen, Krankenhaushäufigkeit und Bettenkapazitäten übertreffen die der anderen somatischen Fachdisziplinen in Krankenhäusern bei Weitem. Trotzdem reichen bereits im Status quo die geriatriespezifischen Kapazitäten nicht aus, um dem Versorgungsbedarf flächendeckend nachzukommen. Bedingt durch die demografische Entwicklung entsteht ein zusätzlicher Kapazitätsbedarf, den es zu decken gilt.

Trend zur nicht-stationären Versorgung

Einer der großen Trends in der medizinischen Versorgung ist die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten oder den teilstationären Sektor. Er beruht nicht nur darauf, dass Patientinnen und Patienten einen längeren Aufenthalt im Krankenhaus vermeiden möchten. Vielmehr verfolgt auch die Sozialgesetzgebung den Grundsatz „ambulant vor stationär“. Zwar ist der Umfang der nicht vollstationär erbrachten geriatrischen Leistungen derzeit noch gering und das entsprechende Potenzial ange-sichts des oben beschriebenen Versorgungsansatzes im Vergleich zu anderen Fachbe-reichen weniger ausgeprägt, dennoch zeigt sich auch hier eine wachsende Nachfrage: Von 2013 bis 2019 ist die Zahl der geriatrischen Tageskliniken um 28 Einrichtungen (+ 19 Prozent) und die Platzzahl um insgesamt 547 Plätze gestiegen (siehe dazu Tabelle 4). Rund 36 Prozent der Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie mit einer geriatrischen Rehabilitationsklinik hatten im Jahr 2019 Angebote im Bereich der ambulanten oder der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Rund 50 Prozent der Kliniken für Geriatrie im Verband hielten im Jahr 2019 auch tagesklinische Kapazitäten vor. Dabei gab es in den Einrichtungen, die eine Tagesklinik für Geriatrie beziehungs-weise ambulante geriatrische Rehabilitation vorhielten, durchschnittlich rund 15 tages-klinische beziehungsweise rund 14 ambulante geriatrische Plätze.

Tabelle 3: Entwicklung von Fallzahlen in den somatischen Fachdisziplinen im Krankenhaus 2013 bis 2019

	2013	2017	2018	2019	Veränd. '13 bis '17 in %	Veränd. '18 bis '19 in %
Augenheilkunde	349.873	356.483	356.454	360.377	+ 2	+ 1,1
Chirurgie (ohne Unfallchirurgie)	3.219.485	3.227.764	3.184.476	3.195.674	+ 0	+ 0,4
CH - Herz-/ Thoraxchirurgie	132.479	138.940	182.738	203.094	+ 5	+ 11,1
CH - Kinderchirurgie	121.449	126.648	126.681	124.763	+ 4	- 1,5
CH - MKG	108.379	114.009	115.669	116.377	+ 5	+ 0,6
CH - Orthopädie/ Unfallchirurgie	1.873.387	1.954.610	1.713.857	1.744.229	+ 4	+ 1,8
CH - Plastische	78.719	84.977	83.876	89.349	+ 8	+ 6,5
Dermatologie	211.536	231.717	235.921	240.506	+ 10	+ 1,9
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.667.557	1.730.737	1.579.031	1.548.418	+ 4	- 1,9
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	591.881	571.660	565.089	562.945	- 3	- 0,4
Innere Medizin	7.315.577	7.606.379	5.915.729	5.889.078	+ 4	- 0,5
Geriatrie	302.328	385.120	367.905	374.462	+ 27	+ 1,8
Kinderheilkunde	975.308	993.722	n.a.	n.a.	+ 2	n.a.
Neurochirurgie	238.318	253.252	253.350	256.956	+ 6	+ 1,4
Neurologie	944.640	1.065.758	1.081.217	1.092.503	+ 13	+ 1,0
Nuklearmedizin	44.486	40.426	36.987	36.061	- 9	- 2,5
Strahlentherapie	78.606	75.913	73.256	70.938	- 3	- 3,2
Urologie	778.064	836.978	855.500	886.904	+ 8	+ 3,7
Sonstige Fachbereiche/ Allgemeinbetten	207.530	251.030	263.311	269.292	+ 21	+ 2,3
Kiju-Psychiatrie/ -therapie	55.633	61.400	59.870	59.578	+ 10	- 0,5
Psychiatrie und Psychotherapie	831.402	813.738	809.899	796.076	- 2	- 1,7
Psychotherapeutische Medizin	79.075	87.634	92.463	93.160	+ 11	+ 0,8
Fachabt. Gesamt*	18.787.168	19.442.810	19.392.466	19.415.555	+ 3	+ 0,1

Quelle: Destatis KR-1 Statistik

Anmerkung: *bei der Fallzählung über alle Fachabteilungen werden die Fälle nur einmal gezählt, auch wenn die Patientin/der Patient in mehreren Fachabteilungen aufgenommen wurde (interne Verlegungen). Daher entsprechen die Fälle „Fachabt. Gesamt“ nicht der Summe der Einzelwerte. Bundesverband Geriatrie®

Tabelle 4: Entwicklung der geriatrischen Tageskliniken im Krankenhaus 2013 bis 2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Veränd. '13 bis '19	
								abs.	in %
Krankenhäuser	144	148	155	160	167	160	172	+ 28	+ 19
Plätze	2.097	2.195	2.368	2.397	2.495	2.465	2.644	+ 547	+ 26

Quelle: Destatis Grunddaten der Krankenhäuser 2013 bis 2019, Bundesverband Geriatrie®

Ambulante Rehabilitation beziehungsweise tagesklinische Versorgung

Auch im ambulanten Bereich des Rehabilitationssektors ergibt sich vor dem Hintergrund der demografischen Bevölkerungsentwicklung eine wachsende Nachfrage. Allerdings ist der Anteil ambulanter Fälle an der Gesamtzahl aller geriatrischen Rehabilitationsfälle der GKV bereits in der Vergangenheit sehr gering gewesen und verbleibt auf diesem niedrigen Niveau relativ konstant (Tabelle 5). Doch durch den Anstieg in den Jahren 2014 bis 2019 insgesamt ergibt sich auch bei den ambulanten Fallzahlen eine Steigerung um rund 19 Prozent.

Tabelle 5: Entwicklung der ambulanten Fallzahlen innerhalb der GKV 2014 bis 2019

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Veränd. '14 bis '19	
							abs.	in %
Geriatrie Gesamt	62.108	64.410	67.111	71.045	80.130	81.374	+ 19.266	+ 31
davon ambulant	2.645	2.453	2.461	2.288	2.741	3.142	+ 497	+ 19
Anteil ambulant	4,3 %	3,8 %	3,7 %	3,2 %	3,4 %	3,9 %		

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2014 bis 2019, Bundesverband Geriatrie®

Mit der mobilen (geriatrischen) Rehabilitation gibt es zudem noch eine Sonderform der ambulanten Reha, deren Anwendungskreis jedoch eng begrenzt ist. Laut den entsprechenden Rahmenempfehlungen kommen dafür ausschließlich Personen in Betracht, die in herkömmlichen stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtungen nicht behandelt werden können. In der Praxis sind dies mehrheitlich Personen mit erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen. Im Jahr 2012 gab es in ganz Deutschland gerade einmal 20 entsprechende Einrichtungen, was verdeutlicht, dass der reale Bedarf mit den heutigen Strukturen nur sehr unzureichend abgedeckt wird. So kann heute keinesfalls

von einer flächendeckenden Versorgung gesprochen werden, entsprechend besteht hier noch starker Ausbaubedarf.

Geriatische Institutsambulanzen

Daneben gibt es seit dem Jahr 2015 Geriatrische Institutsambulanzen (GIA). Sie werden durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zugelassen, um geriatrisch-spezifische Versorgungsengpässe im Bereich der niedergelassenen Ärzte auszugleichen. Geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen sowie Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzte können – sofern ein entsprechendes Versorgungsdefizit besteht – von den Zulassungsausschüssen der KV zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden.

Nach einem ersten geriatrischen Basis-Assessment kann die Hausärztin oder der Hausarzt eine Überweisung für die weitere Untersuchung und Beurteilung in der GIA aussstellen. Die Resultate werden mit einer Therapieempfehlung an die Hausärztin oder den Hausarzt zurückgegeben, die die entsprechende Therapie einleiten. In der Statistik (Bundesverband Geriatrie e.V. 2023: 86) erscheinen GIA seit dem Jahr 2016. Bis zum Jahr 2019 gab es 24 Krankenhäuser mit einer GIA. Das ist gegenüber dem Jahr 2018 eine Steigerung von rund 26 Prozent, bei einer gleichzeitigen Fallzahlsteigerung von rund vier Prozent, (ebenda; aktuellere Zahlen liegen derzeit nicht vor). Ähnlich wie die anderen Versorgungsformen zeigt auch die Entwicklung der GIA ein heterogenes Bild. Nach einem zunächst dynamischen Auf- und Ausbau der Versorgung stagniert diese Entwicklung inzwischen. Zwischen 2016 und Ende 2018 stieg die Zahl der zugelassenen GIA von 15 auf 42, seither ist ein weiterer Anstieg nur noch in vereinzelten KV-Regionen zu beobachten (Bundesverband Geriatrie e.V. 2023: 86). Im Jahr 2020 standen deutschlandweit insgesamt 46 GIA zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Dies zeigt, dass auch heute eine flächendeckende Versorgung mit geriatriespezifisch qualifizierten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nicht gegeben ist.

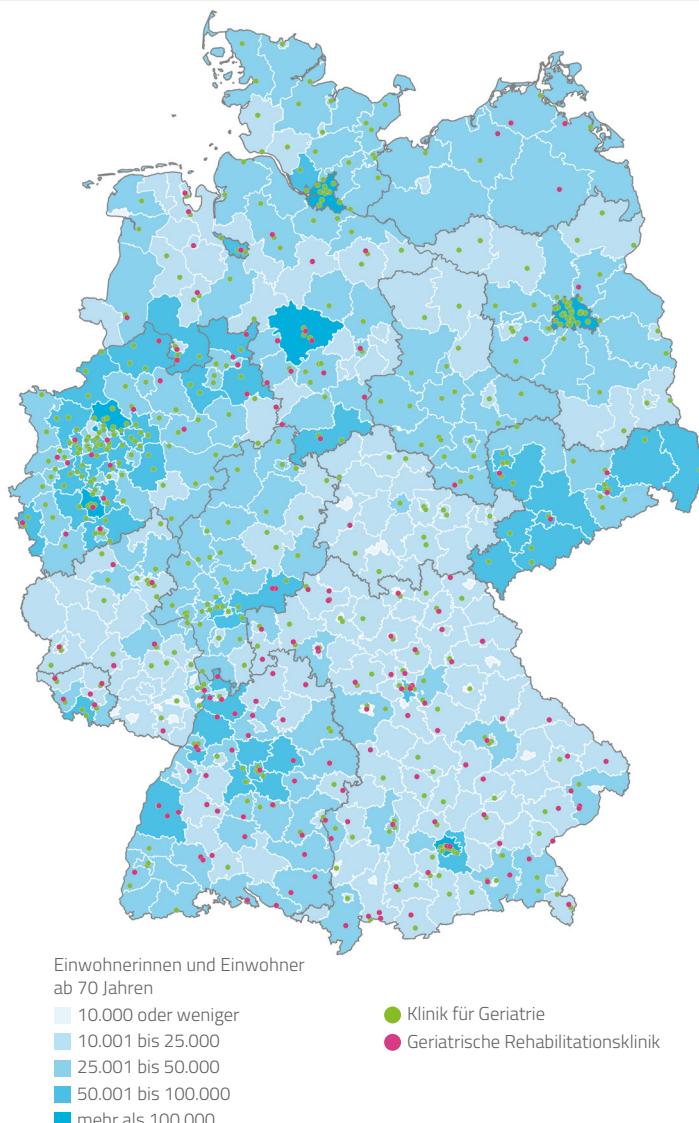
Steigender Bedarf erfordert mehr Kapazitäten

Unabhängig davon, dass die Anzahl der geriatriespezifischen Betten je nach Datenbasis unterschiedlich ausfällt, muss der zukünftige Bedarf an Behandlungskapazitäten sinnvoll geplant werden. Dafür gelten aus der Sicht des Bundesverbandes Geriatrie die folgenden konkreten Orientierungsgrößen (siehe dazu auch das bundesweite Geriatriekonzept des Bundesverbandes Geriatrie):

- die Anzahl der Betten je 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner über 70 Jahre
- der medizinisch-technische Fortschritt mit neuen Therapien und Operationen
- der demografische Wandel mit geschätzt deutschlandweit 17,2 Millionen Menschen mit 70 Jahren oder älter bis zum Jahr 2030
- die Patientinnen und Patienten anderer Fachdisziplinen und ihre zukünftig weiter steigenden Fallzahlen, die altersmedizinisch versorgt werden müssen

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Versorgungsplanung muss die Erreichbarkeit in die Fläche sein, wobei in der Geriatrie die Wohnortnähe eine besondere Rolle spielt, um beispielsweise den Angehörigenkontakt aufrechterhalten zu können. Im nächsten Planungsschritt sollte die Erreichbarkeit mit der Altersverteilung korreliert werden. So ist beispielsweise in den östlichen Bundesländern und im Norden von Deutschland der Anteil der über 70-Jährigen deutlich höher als in den anderen Bundesgebieten. Abbildung 1 zeigt den Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtbevölkerung sowie die Standorte stationärer geriatrischer Einrichtungen. Dabei spiegelt ihre regionale Verteilung gleichzeitig die historische Entwicklung der geriatrischen Versorgungsansätze in den einzelnen Bundesländern wider.

Abbildung 1: Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen für Geriatrie sowie Bevölkerung ab 70 Jahren in Deutschland



Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2019, veröffentlicht von Destatis 2020; Strukturdatenerhebung Bundesverband Geriatrie 2021, Bundesverband Geriatrie®

Um schließlich den tatsächlich benötigten Bedarf abbilden zu können, müssen auch Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Profil in anderen medizinischen Disziplinen einbezogen werden. Um diese Gruppe eindeutig identifizieren zu können, hat der Bundesverband Geriatrie eine entsprechende Methodik entwickelt. Als Kriterium wird die Dokumentation von zehn oder mehr spezifischen Nebendiagnosen herangezogen, aufgrund derer bei Menschen über 70 Jahren von einer geriatrietypischen Multimorbidität ausgegangen werden kann. Legt man hierzu als vorsichtige Schätzung zugrunde, dass zehn Prozent dieser so identifizierten Patientinnen und Patienten anderer Fachdisziplinen in Krankenhäusern geriatriespezifisch versorgt werden müssten, so ergibt sich ein zusätzlicher Versorgungsbedarf von rund 120.000 Fällen. Für die Rehabilitation schlägt ein solches Szenario mit einem Plus von 12.455 Rehabilitationen zu Buche. Auf Basis dieser Zahlen hat der Bundesverband berechnet, dass schon bis zum Jahr 2030 ein zusätzlicher Kapazitätsbedarf von rund 8.900 Betten beziehungsweise Plätzen besteht (für den Bereich Krankenhaus: plus 7.500, für den Bereich Reha: plus 1.400).

Was die Verlässlichkeit derartiger Schätzungen angeht, befasst sich der Verband seit dem Jahr 2010 mit zukünftigen Versorgungsbedarfen. Dabei lässt sich feststellen, dass frühere Prognosen oft zu konservativ waren und von der Realität überholt wurden. So lag im Jahr 2010 beispielsweise die aufgrund demografischer Effekte geschätzte Anzahl geriatrischer Patientinnen und Patienten im Krankenhaus für das Jahr 2020 bei 274.926 (Reha: 114.955). Tatsächlich betrug die Anzahl altersmedizinischer Fälle dort aber bereits im Jahr 2019 374.462 (Reha: 126.444). Dies verdeutlicht noch einmal den relativ kurzfristigen hohen Ausbaubedarf für den Bereich der Geriatrie.

Geriatriespezifische Versorgung bedarfsgerecht planen

Der Bundesverband Geriatrie arbeitet bereits seit einigen Jahren an nachhaltigen Versorgungskonzepten für die Altersmedizin. In der Folge beschlossen seine Mitglieder im Jahr 2018 ein erstes bundeseinheitliches Geriatriekonzept, welches im Jahr 2022 weiterentwickelt wurde. Grundgedanke dieses Konzepts ist es, die Geriatrie auch weiterhin als Teil der Grundversorgung anzusehen und die flächendeckende Versorgung bundesweit auf der Basis einheitlicher Kriterien regelhaft zu planen und sicherzustellen. Dazu wurden mit Clustern und Fahrzeitradien zunächst bundesweit

einheitliche Planungsgrößen definiert. So sieht das Konzept zukünftig eine Klinik für Geriatrie in jedem Landkreis und in kreisfreien Städten (beziehungsweise der vergleichbaren Planungsgröße in einem Stadtstaat) vor. Darüber hinaus muss bundesweit innerhalb eines Fahrzeitradius von 25 Minuten mindestens eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein. Im Bereich der geriatriespezifischen Rehabilitation gilt ein Fahrzeitradius von 45 Minuten als Planungskriterium. Auf einen Bezug zu Landkreis, Stadt etc. wird vor dem Hintergrund des etwas anders gelagerten Versorgungsauftrags der Rehabilitation verzichtet.

Die räumliche Planung wird im Konzept um klare Kapazitätsplanungskriterien ergänzt, die auf den in den letzten drei Jahrzehnten in der Praxis gesammelten Erfahrungen im Verband im Sinne der „evidenzbasierten Praxis“ resultieren. Dabei gibt es einen eindeutigen Bevölkerungsbezug, indem ein Verhältnis von Betten beziehungsweise Plätzen je 10.000 Einwohner über 70 Jahre angegeben wird. Im Krankenhausbereich werden zukünftig mindestens 38 Betten je 10.000 Einwohner über 70 Jahre benötigt, für den Rehabilitationsbereich gelten 12 Betten je 10.000 Einwohner über 70 Jahre als Planungsziel (siehe dazu Bundesverband Geriatrie e.V. 2022, Geriatriekonzept, Kapitel 3.4). Für die geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen definiert das Konzept einheitliche strukturelle und prozessuale Mindestanforderungen. Darüber hinaus werden die altersmedizinischen Versorgungsangebote mit neuen Strukturen innovativ ergänzt.

Um eine strukturierte und engere Vernetzung mit anderen medizinischen Fachgebieten zu ermöglichen, sollte nach Vorstellung des Bundesverbandes Geriatrie im Bereich der stationären Versorgung als Option die sogenannte Spezialisierte Geriatrische Versorgungseinheit (SGV) geschaffen werden. Sie hat das Ziel, mit anderen medizinischen Fachgebieten eine vertiefte fachgebietsübergreifende Behandlung zu ermöglichen. Dies soll auch einer möglichen Fehlversorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten durch mangelnde altersmedizinische Kompetenz entgegenwirken.

Abbildung 2: Stationäre geriatrische Versorgung im bundesweiten Geriatriekonzept



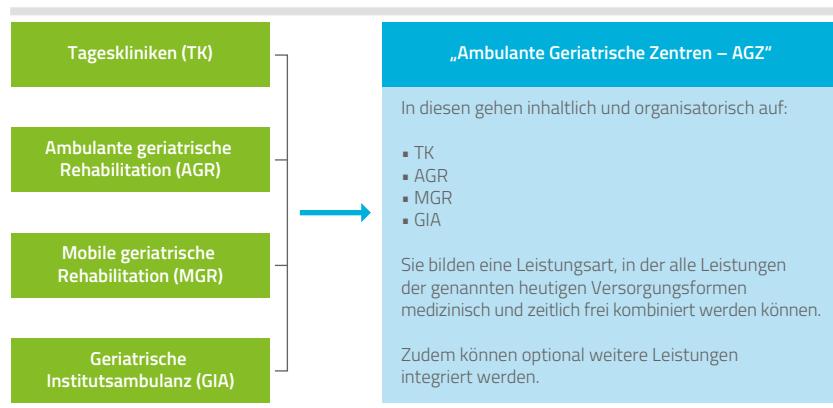
Quelle: Bundesverband Geriatrie®

Neues Versorgungskonzept: Ambulantes Geriatrisches Zentrum (AGZ)

Weitreichende Veränderungen sieht das Versorgungskonzept des Verbandes im Bereich der sogenannten nicht-stationären Versorgung durch die Einführung von sogenannten Ambulanten Geriatrischen Zentren (AGZ) vor. Hier werden die bisherigen Tageskliniken (TK), ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (AGR), mobile geriatrische Rehabilitationseinrichtungen (MGR) und gegebenenfalls auch Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) organisatorisch sowie medizinisch-inhaltlich zusammengelegt, sodass es zu einer vollumfänglichen Verschmelzung kommt. Die heute getrennten Leistungen werden so zu einer neuen komplexen und integrativen Leistungsart

zusammengeführt, damit zukünftig bedarfsbezogen die verschiedenen Inhalte der einzelnen Versorgungsleistungen frei kombiniert werden können. So kann der Bereich zwischen der stationären Versorgung und der Tätigkeit der niedergelassenen Ärzteschaft geriatriespezifisch und integrativ ausgestaltet werden. Damit ist eine echte integrierte Versorgungsstruktur konzeptionell definiert, die zudem bei Bedarf sehr flexibel mit weiteren Aufgaben betraut werden könnte. Personell wird die neue Einrichtung mit dem ärztlichen, therapeutischen und Pflegepersonal aus jenen Einrichtungen ausgestattet, aus denen das AGZ hervorgegangen ist. Für neue Einrichtungen, beziehungsweise sofern gegebenenfalls zusätzliche Kräfte notwendig sind, werden diese wie für stationäre Strukturen auch auf dem Personalmarkt angeworben.

Abbildung 3: Nicht-stationäre geriatrische Versorgung



Quelle: Bundesverband Geriatrie®

Aufgaben des Ambulanten Geriatrischen Zentrums

Im AGZ findet unmittelbar ärztliche beziehungsweise therapeutisch-pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten statt, wie sie bisher in einer der genannten Versorgungsformen erbracht wurde. Darüber hinaus bringt die freie inhaltliche Kombinierbarkeit der verschiedenen Leistungen einen versorgungspolitischen Mehrwert, sodass viele geriatrische Patientinnen und Patienten hier optimal versorgt werden können. Es ist oftmals sehr sinnvoll, bestehende tagesklinische Therapieeinheiten mit

beispielsweise einer geringen Anzahl an Einheiten mobiler Rehabilitation zu kombinieren und so den Therapieerfolg in der häuslichen Umgebung zu festigen und abzusichern. Dies setzt voraus, dass die Leistungen des AGZ zukünftig auch sozialrechtlich als „Leistung aus einem Guss“ angesehen und nicht mehr rechtlich oder finanziell unterteilt werden.

Eine weitere Kernaufgabe des AGZ ist die geriatriespezifische Unterstützung der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte im Sinne eines Geriatrieboards beziehungsweise einer geriatrischen Fallbesprechung. Denn als meist langjährige Begleiterinnen und Begleiter der hochbetagten Patientinnen und Patienten sollen diese die „Basisversorgung“ weiter übernehmen und gleichzeitig altersmedizinisch qualifizierte Unterstützung durch das AGZ erhalten.

Darüber hinaus können bei Bedarf dem AGZ zukünftig weitere Aufgaben zugeordnet werden. Die strukturellen und inhaltlichen Grundvorgaben dafür könnten bundesweit einheitlich definiert werden. Die zuständigen Ministerien in den Bundesländern könnten regional entscheiden, ob die optionalen Aufgaben in den verschiedenen Regionen angeboten werden sollen oder nicht. Dazu gehören beispielsweise die folgenden Funktionen:

- Case- und Care-Management nach einem stationären Aufenthalt kann ein zentrales Element im AGZ sein. Hierfür hält das AGZ eigene Lotsen vor oder kooperiert mit entsprechenden lokalen Angeboten, etwa mit Gesundheitshelfenden.
- Ein „spezialisierter geriatrischer Pflegeheim-Konsildienst“ stärkt die Versorgung der Bewohnerschaft in einem Pflegeheim beziehungsweise in Einrichtungen der Kurzzeitpflege.
- Niederschwellige Angebote von geriatriespezifischen Präventionsmaßnahmen – beispielsweise die regelhafte Einführung einer Ü75-Untersuchung – ermitteln frühzeitig eventuell bestehende Defizite, um geeignete Gegenmaßnahmen zu ergreifen.
- Durch die Installation einer Memory-Klinik lässt sich die Demenz-Vorsorge ebenfalls integrieren.
- Nach einem stationären Aufenthalt in der Geriatrie wird im AGZ die weitere Versorgung koordiniert, sofern sie über die Grundversorgung beim Hausarzt hinausgeht.

- Der individuelle Versorgungsplan, den die Pflegeversicherung verbindlich vorsieht, kann gut mit der Kompetenz des AGZ-Teams aufgestellt werden.
- Das AGZ kann als Stützpunkt für Versorgungsassistenzmodelle und temporäre Arztangebote dienen.
- Für den Trend zu neuen Angeboten der Grundversorgung in strukturschwachen Gebieten (beispielsweise Nurse-Hospital) könnte ein AGZ die ideale medizinisch-strukturelle Basis sein.

Anbindung des Ambulanten Geriatrischen Zentrums

Ein AGZ bietet also geriatriespezifische, nicht-vollstationäre Versorgung, die bundesweit flächendeckend gesichert sein muss, um die verbrieften und sozialgesetzlich begründeten Rechte der Patientinnen und Patienten auf eine abgestufte Versorgung zu erfüllen. Der jeweilige geografische Einzugsbereich eines AGZ wird stark vom Gepräge des Sozialraums abhängen beziehungsweise die jeweilige Bevölkerungsdichte wider-spiegeln. Grundsätzlich ist mindestens ein AGZ innerhalb eines Fahrzeitradius von 45 Minuten vorzusehen.

Ein AGZ sollte an eine Klinik für Geriatrie oder geriatrische Rehabilitationsklinik angegliedert sein. Für Regionen, in denen diese räumliche Nähe nicht gegeben ist oder als nicht sinnvoll erscheint, muss eine Kooperation mit einer stationären Geriatrie bestehen („Satelliten-AGZ“). Vor dem Hintergrund des Fahrzeitradius und bei 106 kreisfreien Städten sowie 294 Landkreisen ist von einem Bedarf von etwa 350 bis 450 AGZs auszugehen.

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 Strukturen bilden damit eine gute Ausgangsbasis für den zukünftigen bedarfsgerechten Ausbau des Versorgungsangebotes. Wichtig ist, dass der Zugang zu den Leistungen des AGZ niederschwellig – das bedeutet ohne ein vorgeschaltetes Antragsverfahren – ausgestaltet ist. Nur so können die positiven Versorgungseffekte erreicht werden.

Finanzierung des Ambulanten Geriatrischen Zentrums

Für die Finanzierung der AGZ sollte durch den Gesetzgeber zunächst die Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen überwunden werden. Ein definierter Leistungsanspruch auf Versorgung in einem AGZ bildet perspektivisch die Finanzierungsgrundlage der nicht-stationären geriatrischen Versorgung. Dafür müssen die heute bestehenden Ansprüche auf Versorgung in einer TK, AGR, MGR (siehe dazu die Erläuterungen in Abbildung 3) oder GIA zu einer neuen nicht-vollstationären Gesamtleistung zusammengeführt werden. Die Definition eines solchen übergreifenden Leistungsanspruchs ermöglicht es, die Versorgung individuell anzupassen. Die bisherigen nicht-stationären Finanzmittel für TK, AGR, MGR und GIA könnten dann im Budget der AGZ aufgehen.

Ausblick auf die zukünftige geriatriespezifische Versorgung

Es ist an der Zeit, dass sich Krankenkassen, Politik und Gesellschaft insgesamt noch deutlicher der spezifischen Versorgung betagter und hochbetagter Menschen widmen. Die eindeutige demografische Entwicklung sowie die notwendige Entlastung sozialer Sicherungssysteme wie der Pflegeversicherung sollten die Verantwortlichen zeitnah zu nachhaltigen Maßnahmen inspirieren. Dafür ist die Geriatrie als Teil der Grund- und Regelversorgung bundesweit auf der Basis einheitlicher Kriterien zu planen.

Zudem müssen heute getrennte Versorgungsangebote fachlich sowie strukturell zusammengeführt und bundesweit flächendeckend etabliert werden, von

- einheitlichen strukturellen und prozessualen Mindestanforderungen über
- die Vernetzung bestehender Strukturen bis hin
- zur Verschmelzung aller nicht-stationären Versorgungseinrichtungen.

Nur wenn diese Aspekte konzeptionell zusammengedacht werden, lassen sich geriatrische Versorgungsstrukturen nachhaltig gestalten.

Derzeit steht eine umfassende Krankenhausreform im Raum, die sowohl die Krankenhausstruktur als auch die Vergütungssystematik reformieren soll. Dabei ist die konkrete

Ausgestaltung der entsprechenden Reformgesetze noch nicht abschließend erkennbar. So gibt es bisher im Gesetzentwurf keinen unmittelbaren teilstationären Versorgungsansatz. Darüber hinaus wird es eine mehrjährige Umsetzungsphase geben müssen, in der unter anderem die Bundesländer ihre Krankenhausplanung umstellen müssen. Grundsätzlich würden die bisher bekannten Inhalte der Krankenhausreform die beschriebenen Ansätze des Geriatriekonzeptes nicht behindern.

Eventuell könnte die Krankenhausreform aus Sicht der Autoren auch der Katalysator für die kurzfristig notwendige geriatrispezifische Anpassung der heutigen Versorgungsstrukturen sein. Ein wichtiger Grundsatz ist dabei immer zu beachten: Betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten gibt es auf allen „Versorgungsstufen“ – von der Grundversorgung bis hin zur universitären Maximalversorgung. Die entsprechenden geriatrispezifischen Versorgungsbedarfe müssen somit auf allen Ebenen durch entsprechende altersmedizinische Versorgungsstrukturen erfüllt werden. Als medizinischer Fachbereich ist die Geriatrie bereit, in der Planung und Umsetzung ihren Teil dazu beizutragen.

Literatur

- Bundesverband Geriatrie e.V. (2023). Weißbuch Geriatrie. Zukunftssicherheit der Geriatrie – Konzepte und Bedarfzahlen. Vierte überarbeitete Auflage. Stuttgart.
- Bundesverband Geriatrie e.V. (2022). Bundesweites Geriatriekonzept. Berlin. Online unter www.bv-geriatrie.de/images/INHALTE/Aktuelles/BVG_Geriatriekonzept_WEB.pdf (Download am 22. April 2024).
- Muth, C. und van den Akker, M. (2021). Multimorbidität. In: Pantel, J., Bollheimer, C., Kruse, A., Schröder, J., Sieber, C. und Tesky, V. A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart. S. 102–121.
- Sieber, C., und Kruse, A. (2021). Frailty (Gebrechlichkeit). In: Pantel, J., Bollheimer, C., Kruse, A., Schröder, J., Sieber, C. und Tesky, V. A. (Hrsg.). Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. Stuttgart. S. 91–102.