

BUNDESWEITES GERIATRIEKONZEPT

Beschlossen durch die Mitgliederversammlung
des Bundesverbandes Geriatrie 2018



BUNDESVERBAND
GERIATRIE



Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der Mitgliederversammlung im November 2018 haben die Vertreter der Mitgliedseinrichtungen des Bundesverbandes Geriatrie e. V. das vorliegende bundesweite Geriatriekonzept beschlossen. Die Geriatrie verfügt damit zum ersten Mal über ein einheitliches Konzept für die Versorgung geriatrischer Patienten.

Mit dem positiven Votum fand ein ausgedehnter verbandsinterner Prozess seinen vorläufigen Abschluss, der mit der Veröffentlichung des ersten Weißbuchs Geriatrie im Jahr 2010 begonnen hat. Zugleich ist es aber auch der Startpunkt für die Entwicklung von Lösungsansätzen für die versorgungspolitischen und wirtschaftlichen Herausforderungen der Zukunft. Hierfür stellt das bundesweite Geriatriekonzept nunmehr die Basis dar.

Mit dem vorliegenden Geriatriekonzept möchten wir Sie zu einem weiteren versorgungspolitischen Dialog über die akutmedizinische, frührehabilitative und rehabilitative Versorgung betagter und hochbetagter Patienten einladen. Nur im konstruktiven Dialog lassen sich sachgerechte Strategien für die fachspezifische Versorgung der geriatrischen Patienten entwickeln und erfolgreich umsetzen. Insofern freuen wir uns über einen offenen sowie konstruktiven Austausch mit Ihnen.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'A. Veer'. The signature is fluid and cursive.

Ansgar Veer
Vorstandsvorsitzender
Bundesverband Geriatrie

Bundesweites Geriatriekonzept

Präambel

Die Versorgung betagter und hochbetagter 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 und die damit verbundenen Herausforderungen – unter anderem zum Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ – erfordern eine konsequente Weiterentwicklung und den kontinuierlichen Ausbau geriatricspezifischer Versorgungsstrukturen.

Die Geriatrie ist eine medizinische Spezialdisziplin, die sich aus dem besonderen Behandlungs- und Versorgungsbedarf betagter und hochbetagter Menschen entwickelt hat. Sie nutzt Instrumente zur Identifikation individueller Ressourcen, leitet daraus umfassende Behandlungsziele ab und bringt die Kompetenz des geriatrischen Teams¹ im individualisierten Therapieplan zum Einsatz.

Der geriatrische Patient ist dabei definiert durch:²

- geriatritypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

die geriatritypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen; oder durch

- Alter 80+

aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, zum Beispiel wegen

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Bedingt durch die typische Multimorbidität und Gebrechlichkeit (Frailty) des geriatrischen Patienten ergeben sich besondere Versorgungsbedarfe insbesondere auch an den unmittelbaren Schnittstellen zwischen Krankenhaus, Rehabilitation, ambulanter Versorgung und Pflege.

¹ vgl. Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2016): Qualitätssiegel Geriatrie.

² Definition Geriatrischer Patient der Dt. Gesellschaft für Geriatrie, Dt. Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie, Bundesverband Geriatrie 2008, vgl. Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Geriatrischer Patient: Seite 13 – 15.

Der im Sozialrecht verankerte individuelle Anspruch auf Sicherung, Wiedererlangung und Ausbau der sozialen Teilhabe des Patienten erfordert innerhalb des ganzheitlichen geriatrischen Behandlungskonzeptes zwingend auch die Berücksichtigung sozialer Kontexte sowie persönlicher und familiärer Lebens- und Wohnsituationen.

Die Geriatrie leistet einen entscheidenden Beitrag zum Erhalt von Selbstständigkeit, Mobilität und Lebensqualität betagter und hochbetagter Patienten. Vor diesem Hintergrund beschreibt das vorliegende Konzept die Grundlagen für die zukünftigen bundesweiten geriatrispezifischen Versorgungsstrukturen.

I. Derzeitige Versorgungsstrukturen

Die Mehrzahl der deutschen Bundesländer bildet Geriatrie sowohl im Krankenhaus als auch in Rehabilitationsstrukturen differenziert abgestuft ab.³ Die geriatrische Versorgung im Krankenhaus ist in allen Bundesländern realisiert und bildet aktuell den überwiegenden Anteil des geriatrischen Versorgungsangebotes.⁴ Einige wenige Bundesländer haben den Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung in den Rehabilitationsbereich gelegt.

Diese historisch begründeten Unterschiede sind der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland geschuldet. Beide Versorgungsformen sind in ihrer Ausgestaltung im SGB V (§ 39 Krankenhausbehandlung und § 40 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation) dargestellt. Die geriatrische Versorgung sieht ein abgestuftes Versorgungssystem vor, in dem die vollstationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung der geriatrischen Patienten sichergestellt wird.⁵

Geriatrische Patienten bedürfen im Krankenhaus einer individualisierten, spezifischen altersmedizinischen Behandlung. Diese umfasst regelhaft sowohl akutmedizinische als auch frührehabilitative Elemente. Die Frührehabilitation ist als integraler Bestandteil der Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus auf die frühzeitige Vermeidung beziehungsweise Verminderung von Pflegebedürftigkeit und von Teilhabebeeinträchtigungen ausgerichtet.

Bei einem Teil der Patienten kann erst durch diese fachspezifische Behandlung im Krankenhaus die Rehabilitationsfähigkeit erreicht werden. Die Durchführung einer geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung im Krankenhaus und deren Abrechnung schließen eine anschließende geriatrische Rehabilitation nicht aus; sondern die Durchführung macht diese zum Teil erst möglich.

II. Anpassung der Versorgungsstrukturen

Die geriatrische Rehabilitation ist und bleibt in zukünftigen Versorgungsstrukturen ein elementarer Bestandteil mit einem eigenen Versorgungsauftrag, der sich von dem der Versorgung im Krankenhaus unterscheidet. Nur diese fachspezifische Form der Rehabilitation wird durch ihre altersmedizinische Ausrichtung des ICF-basierten Rehabilitationsprogramms zur Wiedererlangung der Aktivitäten und Teilhabe im individuellen Kontext den besonderen Belangen geriatrischer Patienten gerecht.

Die sehr enge Zusammenarbeit dieser beiden Versorgungsbereiche (§§ 39/40 SGB V) als Teil eines geriatrischen Netzwerkes ist im Sinne der patientenorientierten Zielsetzung erforderlich, um Behandlungsbrüche zu vermeiden. Eine enge Kooperation durch entsprechende Verträge und ein nahtloser Übergang zwischen den beiden Versorgungsformen sind folglich zur Sicherstellung der Behandlungskontinuität unbedingt einzufordern. Dies ist gerade mit Blick auf die Umsetzung des bedarfsgerechten interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungskonzeptes in der Geriatrie für multimorbide geriatrische Patienten von besonderer Bedeutung.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen so weiterentwickelt werden, dass durch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Kostenträgern eine unbürokratische Leistungserbringung ohne Versorgungsbrüche möglich wird.

Die Krankenhausplanungen der Bundesländer müssen zukünftig stärker als bisher und regelhaft die Geriatrie umfassen. Die Planung muss dabei auf den vom Bundesverband Geriatrie entwickelten Qualitätskriterien basieren. Vergleichbares gilt für die Zulassung von geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen.

Da die rehabilitativen Behandlungsinhalte im Krankenhaus und in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen eine unterschiedliche Gewichtung haben und die kontextbezogene Behandlungsplanung zum Teil unterschiedliche Anforderungen an die Behandlungsprozesse, die Therapieausstattung und die räumliche Infrastruktur stellt, muss grundsätzlich zwischen den beiden Versorgungssegmenten eine räumliche Trennung der Patientenunterbringung in geriatrispezifischen Organisationseinheiten⁶ mit jeweils mindestens 20 Betten bestehen.

Der Bedarf an Geriatrie-Betten wird aufgrund der demografischen Entwicklung weiter steigen. Eine Reduzierung von geriatrischen Krankenhausbetten durch Umwidmung in geriatrische Rehabilitationsbetten ist daher grundsätzlich auszuschließen.

Teilstationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen und -angebote sind elementare Bausteine der zukünftigen abgestuften geriatrispezifischen Versorgung, dies gilt insbesondere mit Blick auf Patienten, die keiner vollstationären Behandlung (mehr) bedürfen.

Insbesondere in strukturschwachen Regionen können nichtvollstationäre Einrichtungen und Angebote die Anforderungen einer wohnortnahen geriatrischen Versorgung unterstützen und entlasten.

3 In wenigen Länderkonzepten ist die geriatrispezifische Versorgung auf den Krankenhausesektor beschränkt.

4 vgl. Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf: Seite 18 – 20.

5 vgl. Bundesverband Geriatrie (Hrsg.) (2016): Weißbuch Geriatrie. Band I: Die Versorgung geriatrischer Patienten – Strukturen und Bedarf: Kapitel 3, Seite 17 ff.

6 Die Leitung der beiden geriatrispezifischen Organisationseinheiten kann durch einen Chefarzt erfolgen.

a) Geriatrie im Krankenhaus

Die Diagnostik und Therapie in der Geriatrie im Krankenhaus dienen der Identifizierung und Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen sowie damit einhergehenden Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen.

Die Versorgung geriatrischer Patienten im Krankenhaus erfolgt unter Leitung eines Facharztes mit abgeschlossener Zusatzbezeichnung Geriatrie analog (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer beziehungsweise eines Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie (beziehungsweise Schwerpunktbezeichnung Geriatrie).

Für Rettungsstellen und Notaufnahmen ist die Einbindung eines Geriaters zur Identifikation und zielgerichteten Allokation des geriatrischen Patienten notwendig, mindestens ist geriatriespezifische Kompetenz vorzuhalten. Dies ist durch den relevant hohen Anteil von betagten und hochbetagten Patienten begründet und als ein wesentliches Qualitätskriterium zu werten.

Durch geriatrische Konsiliarleistungen muss geriatrische Expertise auch in Fachabteilungen ohne primär geriatrischen Auftrag regelhaft verfügbar sein.

Auch in Krankenhäusern, in denen keine ausgewiesene geriatrische Fachabteilung vorhanden ist, muss sichergestellt sein, dass geriatrische Patienten frühzeitig durch geriatriespezifisch geschultes Personal⁷ als solche erkannt werden. Dazu sind entsprechende geriatriespezifische Screeninginstrumente mit sich gegebenenfalls anschließenden Assessmentverfahren regelhaft einzusetzen. Unter Einbindung eines Geriaters werden der geriatriespezifische Behandlungsbedarf identifiziert und die weitere Behandlung festgelegt.⁸

Sofern erforderlich, müssen diese Patienten in eine spezialisierte geriatrische Fachabteilung verlegt beziehungsweise muss im Rahmen des Entlassmanagements eine geriatriespezifische Weiterversorgung eingeleitet werden.

b) Geriatrie in der Rehabilitation

Die Indikation zu einer geriatrischen (Anschluss-)Rehabilitation ist für geriatrische Patienten gegeben, wenn sich der Behandlungsschwerpunkt von einem überwiegend organzentrierten zu einem funktionsorientierten Fokus verlagert und der akutmedizinische Behandlungsbedarf bei der Verlegung oder Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung nicht oder nicht mehr gegeben ist. Im Zentrum steht dann die funktionsorientierte Therapie mit der Realisierung individueller und alltagsrelevanter Rehabilitationsziele gemäß dem Konzept der ICF. Die Struktur der Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung dieses altersmedizinischen Behandlungsansatzes sicherstellen.⁹

Medizinische Diagnostik findet hier in der Regel im Sinne einer Verlaufsdiagnostik zum Zwecke des Monitorings rehabilitationsrelevanter Begleiterkrankungen statt.

Die Versorgung geriatrischer Patienten in der Rehabilitation erfolgt unter Leitung eines Facharztes mit abgeschlossener Zusatzbezeichnung Geriatrie analog (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer beziehungsweise eines Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie (beziehungsweise Schwerpunktbezeichnung Geriatrie).

c) Geriatrie im nichtvollstationären Bereich

Die Tagesklinik ist ein elementarer Bestandteil einer abgestuften geriatricspezifischen Versorgung. Sie kann innerhalb der beiden Versorgungsbereiche (§§ 39/40 SGB V) etabliert sein und dient weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für jene Patienten, die nicht einer 24-Stunden-Pflege beziehungsweise Arztpräsenz bedürfen. Bei der flächendeckenden Planung und Umsetzung von Tageskliniken ist die Wohnortnähe von zentraler Bedeutung. Die rechtliche Zuordnung ist dagegen von untergeordnetem Belang.

Ambulante geriatricspezifische Leistungen wie Ambulante Geriatrische Rehabilitation (AGR), Mobile Geriatrische Rehabilitation (MGR) etc. sind ebenfalls wichtige Behandlungsformen, die dazu beitragen, einzelne spezielle Versorgungsbedarfe, zum Beispiel innerhalb von Flächenländern, decken zu können. Diese geriatricspezifischen Angebote müssen weiter ausgebaut werden.

Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) stellen eine weitere Ergänzung der geriatricspezifischen Versorgungsformen dar. Durch die ermächtigte Einrichtung wird ein umfassendes geriatrisches Assessment einschließlich Anamnese und körperlicher Untersuchung durchgeführt. Auf dieser Grundlage wird ein Behandlungs- und Therapieplan erstellt. Die Einleitung und Durchführung der Therapiemaßnahmen erfolgen durch den weiterbehandelnden niedergelassenen (Vertrags-) Arzt. Die derzeitige rechtliche Ausgestaltung der GIA erfüllt jedoch nicht die notwendigen Anforderungen, um die bestehende Versorgungslücke zu schließen.

Eine weitere ambulante geriatrische Versorgungsstruktur auf Grundlage von IV-Verträgen („Integrierte Versorgung“) nach § 140 a SGB V stellt die Geriatrische Schwerpunktpraxis dar.

III. Fazit und Forderungen

1. Die Behandlung geriatrischer Patienten erfolgt auf Grundlage dieses bundesweiten, abgestuften Geriatriekonzeptes.
2. In jedem Bundesland werden die Regelungen des § 39 SGB V Krankenhausbehandlung und des § 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umgesetzt.
3. Geriatrie muss als Fachabteilung in jedem Landeskrankenhausplan ausgewiesen sein.
4. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen so weiterentwickelt werden, dass eine unbürokratische Leistungserbringung im abgestuften Geriatriekonzept ohne Versorgungsbrüche möglich wird.

Die Versorgung des geriatrischen Patienten in einem abgestuften geriatricspezifischen Versorgungssystem verlangt nach einer sachgerechten und auskömmlichen Finanzierung.

Beschlossen durch die Mitgliederversammlung im November 2018

7 Hierfür sind gegebenenfalls spezifische Weiterbildungsangebote zu entwickeln.

8 Hierfür sollten Behandlungspfade entwickelt werden.

9 vgl. Qualitätssiegel Geriatrie für Rehabilitationseinrichtungen.

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 Patienten. Die knapp 400 Mitgliedseinrichtungen mit über 20.000 Betten beziehungsweise Behandlungsplätzen befinden sich in privater, freigemeinnütziger sowie öffentlicher Trägerschaft und stehen unter der Leitung eines Geriaters.

Der BV Geriatrie ist an der aktiven Gestaltung des Gesundheitssystems durch die Mitarbeit in einer Vielzahl offizieller Gremien und Arbeitsgruppen beteiligt. Der sachgerechte Auf- und Ausbau geriatrispezifischer Versorgungsstrukturen, die Weiterentwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung und die angemessene Finanzierung der Versorgung geriatrischer 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 dem zertifizierten Fort- und Weiterbildungsprogramm „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**