

## **„Der demographische Wandel braucht eine andere Politik – Geriatrische Versorgung in Niedersachsen ausbauen und stärken“**

Drucksache 16/4037 auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Stellungnahme Bundesverband Geriatrie:

### 1. Ausgangslage

Das Land Niedersachsens verfügt über kein differenziertes Landes-Geriatriekonzept. Im Jahr 1993 wurde durch das damalige Sozialministerium ein Arbeitspapier mit Eckpunkten zur geriatrischen Versorgung herausgegeben, das von den Landesverbänden der Krankenkassen unter Federführung der AOK Niedersachsen und der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde erarbeitet wurde. Dieses „Konzept“ wandte sich gegen flächendeckende additive Strukturen und forderte: „...es [kann] nur um eine „Geriatrisierung“ des gesamten Systems gehen und nicht um die flächendeckende Schaffung einzelner, spezialisierter Angebote...“. Insofern entstanden in Niedersachsen nur wenige sogenannte „Geriatrische Zentren“, die neben der akutstationären Krankenhausversorgung auch eine stationäre und/oder teilstationäre/ambulante Rehabilitation geriatrischer Patienten sowie Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altersmedizin „Versorgung unter einem Dach“ anboten. Neben diesen Geriatrischen Zentren (vgl. hierzu Landesverband Geriatrie: In 2010 gab es 10 Krankenhäuser in Niedersachsen, die geriatrische Akutmedizin und stationäre Rehabilitation kombiniert angeboten haben) sind aufgrund des DRG-Systems und der Möglichkeit „frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlungen“ zu erbringen und abzurechnen [sofern die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-550 gegeben sind], in einigen Akutkrankenhäuser geriatrische Einheiten unter ärztlicher Leitung eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie entstanden. Laut Landesverband Geriatrie wurden 2011 in Niedersachsen 335 Akutgeriatrische Krankenhausbetten und 524 vollstationäre Plätze (Betten) für geriatrische Rehabilitation vorgehalten. Lediglich ein Teil der Kliniken verfügt über teilstationäre Behandlungsplätze (geriatrische Tageskliniken). Im DRG-System ist mit der OPS 8-98a [teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung] ein Pendant zur OPS 8-550 für die geriatrische tagesklinische Akutbehandlung geschaffen worden, die faktisch aber in der Niedersachsen keine Bedeutung hat, da einerseits nur wenige Tageskliniken und diese zumeist im

Rehabilitationsbereich etabliert sind und andererseits die Höhe der Vergütung für die teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung krankenhausindividuell verhandelt wird. Im ambulanten Bereich sind speziell altersmedizinisch ausgerichtete medizinische bzw. medizinisch-therapeutische Leistungsangebote gering ausgeprägt. Ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote (sogenannte AGR) und niedergelassene Ärzte mit einer geriatrischen Fachweiterbildung sind in Niedersachsen selten.

Fazit: Die Angabe einer exakten Zahl an vorgehaltenen geriatrischen Akutbetten in Niedersachsen ist aufgrund des Fehlens einer ausgewiesenen Fachabteilungsstruktur im Niedersächsischen Krankenhausplan nicht möglich. Gleichwohl lässt sich aufgrund der statistischen Erhebungen und Vergleiche mit anderen Bundesländern (Bettendichte zum Bundesdurchschnitt: vgl. Weißbuch Geriatrie; sowie Facharztdichte: vgl. G. Kolb) konstatieren, dass ein weiterer Ausbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Niedersachsen dringend erforderlich ist und hierfür ein neues Landes-Geriatriekonzept erarbeitet werden sollte.

## 2. Ordnungspolitische Grundlagen für ein neues Landes-Geriatriekonzept

Ausgehend vom Teilhabegedanken für ältere Menschen ist seit 1989 mit dem GRG (Gesundheitsreformgesetz) der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege(bedürftigkeit)“ mit dem Ziel der Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit im Sozialgesetzbuch gesetzlich kodifiziert. Weitere gesetzliche und ordnungspolitische Elemente in der altersmedizinischen Versorgung der Bevölkerung sind mit dem Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation...“ und der Etablierung einer „frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung“ im DRG-System bei der stationären Krankenhausversorgung eingeführt worden. Die derzeitige gegliederte geriatrische Versorgungsstruktur in Niedersachsen mit Akutversorgung und geriatrischer Frührehabilitation im Krankenhaussektor (§ 39 SGB V) und geriatrischer Rehabilitation (§ 40 SGB V) entspricht dem bundesrechtlichen Leistungs- und Finanzierungsrecht. Im ambulanten Bereich sind medizinisch-therapeutische Leistungsangebote als ambulante geriatrische Rehabilitationsangebote (sogenannte AGR) durch Abschluss von Verträgen

zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern (Krankenkassen) möglich. Grundlage bilden hierbei häufig die indikationsspezifischen Rahmenregelungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Im Übrigen gelten für den ambulanten medizinischen Leistungsbereich die Regelungen der kassenärztlichen Versorgung. Hier sind nur wenige spezielle altersmedizinischen Regelungen (z. B.: Erbringung und Abrechnung eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments) getroffen.

### 3. Ansätze für ein neues Landes-Geriatriekonzept in Niedersachsen

Ausgehend von der Feststellung, dass einerseits aufgrund der demographischen Entwicklung und der statistischen Vergleichswerte zur Geriatrie auf Bundesebene eine weitere Verbesserung der Versorgung alter, multimorbider Menschen in Niedersachsen erforderlich sein wird und andererseits mit einer Anpassung von Versorgungsstrukturen additive Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung befürchtet werden, wird ein neues Landes-Geriatriekonzept in Niedersachsen mit Blick auf eine flächendeckende Versorgung insbesondere auch auf Aspekte der ambulanten medizinischen und rehabilitativen bzw. präventiven Versorgung älterer Menschen unter dem Gesichtspunkt ambulant vor stationär stärker eingehen müssen. Dabei könnten die Erfahrungen der „Geriatrischen Zentren“ in der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten genutzt werden. Darüber hinaus muss die Versorgung von älteren Menschen in der stationären Behandlungsbedürftigkeit, unabhängig davon ob akutstationär oder rehabilitativ, in Einrichtungen die nicht über eine geriatrisch-medizinische und geriatrisch-therapeutische Fachexpertise verfügen, betrachtet werden. Es ist offensichtlich, dass der ältere multimorbide Patient von einer frühzeitigen Identifizierung seines Therapiebedarfes und einer frühzeitigen medizinischen und frührehabilitativen geriatrischen Behandlung insbesondere bei der Akutbehandlung im Krankenhaus Vorteile hat. Die Durchführung der geriatrischen Behandlung durch das geriatrische therapeutische Team (Arzt, Pflege, Therapeut, etc.) verbessert die Versorgungsqualität für den in seinen Alltagsbelangen eingeschränkten Patienten. Er profitiert in Bezug auf spätere Pflegebedürftigkeit, Liegedauer und Behinderung sowie durch die Rückkehr in

die gewohnte häusliche Umgebung enorm von einer sofort in der akuten Phase einsetzenden geriatrischen Mitbehandlung. Etwaige Verschlechterungen des gesundheitlichen Zustandes können durch unmittelbare ärztliche, pflegerische sowie therapeutische Behandlungen bei den Patienten abgefangen werden. Der Gesamtaufenthalt im Krankenhaus wird dadurch deutlich verkürzt. Insoweit ist in einem weiteren Ansatz zu eruieren, wie Patienten landesweit von der geriatrischen Fachexpertise weiter profitieren können.

Sofern der bestehende Rahmen zum Niedersächsischen Krankenhausplan nicht durch die Aufnahme von Fachabteilungen ergänzt werden soll, bietet das neue Niedersächsische KHG seit diesem Jahr das ordnungspolitische Instrument sogenannter Fachpläne an, die ein Ansatzpunkt wären, um innerhalb der bestehenden Praxis des Ausweises von Fachabteilungen im Niedersächsischen Krankenhausplan (die Geriatrie wird bisher als Fachabteilung nicht gesondert ausgewiesen) eine Sektoren übergreifende Versorgung im Sinne eines Versorgungsnetzwerkes für ältere multimorbide Patienten zu etablieren und geriatrische Zentren und Schwerpunkte auszuweisen. Dies wäre ebenfalls vor dem Hintergrund der Empfehlungen des Bundesrates zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die eine rechtliche Verankerung von Geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118 a SGB V) forderte, konsequent und sinnvoll.

Ein „Geriatrie-Fachplan“ könnte ausgehend von in der Geriatrie fachweitergebildeten Hausärzten über geriatrische Schwerpunktpraxen und Institutsambulanzen insbesondere an Geriatrischen Zentren mit ambulanten geriatrischen Rehabilitationsangeboten sowie gestuften Angeboten der Physikalischen Therapie und Medizin eine ambulante vernetzte Versorgungslandschaft beschreiben, die dem jeweiligen Behandlungs-, Therapie- und Präventionsbedarf auf der jeweiligen ambulanten Versorgungsstufe kostengünstig begegnet (so viel wie nötig, nicht wie möglich). Voraussetzung hierfür ist eine Weiterqualifizierung von Ärzten im Kassenärztlichen Versorgungsbereich sowie die Weiterbildung von jungen

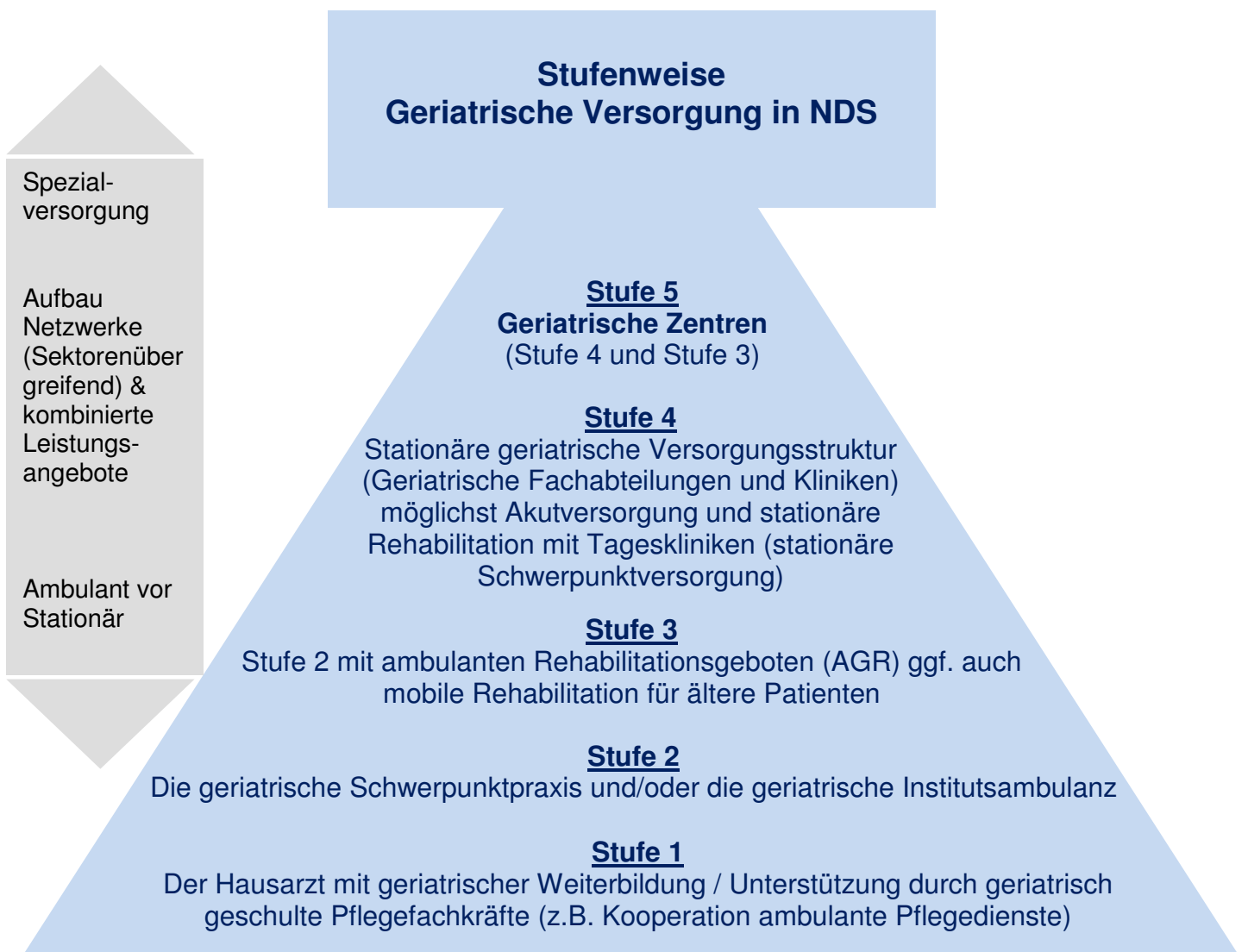
Ärzten im Fachgebiet Geriatrie in ausreichender Zahl, damit der Versorgungsbedarf des älteren multimorbiden Patienten adäquat erkannt wird und der drohenden Immobilität bzw. Pflegebedürftigkeit frühzeitig und damit i. d. R. auch kostendefensiv entgegengetreten wird. Ein Neuaufbau zusätzlicher Versorgungsstrukturen scheint im ambulanten Bereich nicht erforderlich, sondern vielmehr die gezielte Initiierung von ärztlicher Weiterbildung und der Ausbau des „geriatrischen Casemanagements“ durch geriatrisch weitergebildete Ärzte (Steuerungs- und Lotsenfunktion). Dies könnte je nach Region und Verfügbarkeit von geriatrischen Versorgungsstrukturen, der Hausarzt mit Geriatrischer Weiterbildung, die Geriatrische Schwerpunktpraxis, die eine Zuweisung des geriatrischen Patienten vom Hausarzt erhalten hat oder auch der Geriatrische Arzt der Institutsambulanz sein. Kombinierte Modelle, die eine gemeinsame Versorgung von Hausärzten mit Fachärzten für Geriatrie z. B. an Geriatrischen Zentren oder Schwerpunktpraxen mit ambulanten rehabilitativen Therapieangeboten vorsehen (medizinisch-therapeutisches Team mit Hausärzten), sind denkbar und durchaus wünschenswert. Ausgehend hiervon könnten auch andere Hilfen von ambulanter Pflege, ambulanter mobiler Rehabilitation oder auch Unterstützungen bei der Haushaltsführung z. B. durch Einbeziehen von Sozialdiensten oder Sozialstationen in Abstimmung mit kommunalen und freigemeinnützigen Beratungsstellen bedarfsgerecht initiiert werden (Netzwerk Geriatrie). In Flächenregionen mit geringerer Haus- und Facharztdichte könnte durch in Geriatrie weitergebildete und geschulte Pflegefachkräfte zur Sicherung der Therapieerfolge bei älteren Patienten ein Besuchsdienst ggf. mit Delegation von ärztlichen Tätigkeiten z. B. Durchführung des hausärztlich-geriatrischen Basisassessments (auch als Früherkennung von medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Hilfebedarf) eingerichtet werden. Dieses Vorgehen würde durch den Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom Oktober 2011, zur Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V, gestützt werden.

Zur Sicherstellung einer qualitativen ambulanten Versorgung, die den besonderen Erfordernissen der Behandlung und Therapie geriatrischer Patienten entspricht, bietet es sich an, die oben dargestellten Versorgungsangebote zuerst an den bereits bestehenden „Geriatrischen Zentren“ zu etablieren und anschließend stufenweise auszubauen. Dies könnte im Rahmen eines Geriatrie-Fachplanes festgelegt und vereinbart werden.

Aufgrund einer akuten Erkrankung oder gesundheitlichen Krise erforderliche, stationäre Krankenhausbehandlung älterer Menschen sind ebenfalls spezifische Anforderungen zu formulieren, um der o. g. Zielsetzung für ältere, multimorbide Patienten zu entsprechen. Nicht jeder ältere Patient benötigt auch bei einer etwaigen Krankenhausbehandlung von vornherein eine geriatrische Versorgung. Gleichwohl ist es aber sinnvoll, um den Therapieerfolg einerseits zu sichern, andererseits keine unnötigen Folgekosten zu verursachen, dass ältere Patienten, die einen entsprechenden geriatrischen Behandlungs- und Therapiebedarf aufweisen, möglichst frühzeitig unter der Behandlungsführung oder -anleitung eines Geriaters versorgt werden, zumal diese älteren, multimorbiden Menschen i.d.R. von einer Behandlung in einer geriatrischen Abteilung oder Klinik mit den Mitteln eines geriatrisch-therapeutischen Teams besonders profitieren. Folglich sollte durch ein einfaches Screeningverfahren bei der stationären Aufnahme von über 80jährigen Patienten bzw. Patienten die älter als 70 Jahre sind und bei denen mehrere Erkrankungen oder Einschränkungen (frailty) vermutet werden, ein entsprechender geriatrischer Bedarf identifiziert werden. Nach einem positiven Screeningbefund wäre durch ein validiertes Assessmentverfahren, das von einer Geriatrie erfahrenen Fachkraft durchgeführt werden sollte, der geriatrische Behandlungs- und Therapiebedarf zu erheben und unter Einbeziehen der Fachexpertise eines Geriaters festzulegen (z. B. über einen geriatrischen ärztlichen Konsildienst), ob bzw. welche weiteren Maßnahmen neben der Behandlung der akuten Krise des älteren Patienten erforderlich sind, um den Behandlungserfolg zu sichern und Immobilität und/oder Pflegeabhängigkeit zu vermeiden. Je nach Behandlungserfordernis (Schweregrad) würde der ältere Patient in einer

Fachabteilung mit dem Schwerpunkt in der Behandlung der Grunderkrankung (z. B.: Orthopädie bei endoprothetischer Versorgung oder Kardiologie bei Herzrhythmusstörungen...) versorgt oder sofern erforderlich in eine geriatrische Abteilung oder Klinik verlegt. Dieses stufenweise Vorgehen ist bedarfsgerecht, patientenorientiert und ressourcenschonend. Zudem erfordert es nicht zwingend eine Etablierung von geriatrischen Abteilungen in jedem Krankenhaus. Gleichwohl bedarf es aber geriatrischer Kenntnisse bei der Aufnahme von älteren Patienten sowie eines ärztlichen Konsildienstes durch den Geriater, der von geriatrischen Abteilungen und Kliniken angeboten wird. Hierdurch wäre sichergestellt, dass die notwendige geriatrische Medizin und frührehabilitative Therapie für ältere Patienten flächendeckend verfügbar ist.

Grafische Zusammenfassung eines Sektoren übergreifenden Versorgungskonzeptes:



Wie oben beschrieben sind kombinierte Leistungsangebote i. S. e. geriatrischen Versorgungsverbundes bzw. Netzwerkes Geriatrie wünschenswert und sinnvoll, wobei neben den strukturellen Voraussetzungen in besonderer Weise auch weitere qualitative Aspekte für die Behandlung von älteren multimorbiden Patienten (Qualitätssiegel Geriatrie, QS-Reha etc.) entsprechend der jeweiligen Versorgungsebene zu beschreiben sind.

Berlin/Lingen, 06. März 2012

A. Veer  
Vorsitzender  
Bundesverband Geriatrie

Literatur:

Bruckenberg E. (1992) Vorschläge zur Verbesserung der stationären Krankenversorgung in Niedersachsen (Geriatriekonzept Niedersachsen).

Kolb G. (2009) Versorgungsdichte mit geriatrischer Fachkompetenz in Deutschland. G. Kolb für und im Auftrag des Dachverbandes der Gerontologischen und Geriatrischen Gesellschaften Deutschland e. V.

Landesarbeitsgemeinschaft Klinisch-geriatrischer Einrichtungen in Niedersachsen (heute: Landesverband Geriatrie Niedersachsen) (Hrsg.): Geriatrie in Niedersachsen, Grundsätze und Konzept zur Versorgung geriatrischer Patienten in Niedersachsen. (2008) Eigenverlag.

Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse der GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. 2., durchgesehene Auflage (2010). Stuttgart: Kohlhammer.