

Landesverband Geriatrie  
Niedersachsen  
Dr. med. Hans-Thomas Hildebrand



c/o: Klinik Hildesheimer Land  
An der Peesel 6  
31162 Bad Salzdetfurth, 08.3.2012  
Tel.: 05063-471140

Niedersächsischer Landtag  
Präsident  
Landtagsverwaltung  
Herrn N. Horn  
30159 Hannover

Stellungnahme zur Anhörung durch den Ausschuss für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in der öffentlichen Sitzung des Niedersächsischen Landtages am 16. März 2012 zum Thema:

**„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

**Kernthesen des Landesverbandes Geriatrie Niedersachsen:**

1. Sozialpolitik und Landesverband Geriatrie Niedersachsen entwickeln gemeinsam einen 10-Jahresplan für eine flächendeckende und die Demografie berücksichtigende Konzeption zur altersmedizinischen Versorgung der Bevölkerung (Ausbau geriatrischer Zentren für Akutgeriatrie und stationäre geriatrische Rehabilitation plus Fortbildungsakademien) in Niedersachsen.
2. Die besondere Situation Niedersachsens als Flächenstaat erfordert ein gemeinsames Landes-Geriatriekonzept, das bislang nicht existiert. 1993 wurde seitens des damaligen Krankenhausreferenten, Herrn Dr. Bruckenberger gemeinsam mit Frau Heike Klein, AOK-Landesdirektion, eine Kurzform entworfen, die jedoch nicht fortgeschrieben wurde. Der LV-Geriatrie

Niedersachsen hat daraufhin 2008 ein eigenes Konzept vorgelegt, das 2012 aktualisiert wurde. In einem künftigen gemeinsamen Geriatriekonzept müssen die geriatrische Versorgung in der Fläche und der Einschluss ländlicher Region besondere Berücksichtigung finden. Die bisher bestehenden geriatrischen Schwerpunkte (in der Drucksache genannt „Geriatriische Zentren“ Seite 2/f) halten 335 Akutgeriatrische Krankenhausbetten ergänzt durch 524 stationäre Behandlungsbetten zur geriatrischen Rehabilitation vor. Daneben wurden in verschiedenen Kliniken Behandlungen nach OPS 8.550 (frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung) etabliert, die jedoch keine geriatrischen Zentren darstellen bzw. nicht im Bundes- und Landesverband Geriatrie vertreten sind und nicht den Qualitätsanforderungen des BV-Geriatrie unterliegen. Lediglich ein Teil der 11 Einrichtungen verfügt auch über teilstationäre Behandlungsplätze (sog. geriatrische Tageskliniken).

3. Geriatrie wird im niedersächsischen Krankenhausplan abgebildet und bedarfsgerecht mit Schwerpunkt auf geriatrische Zentren fortgeschrieben.
4. Um geriatrische Zentren herum sind flächendeckende geriatrische Netzwerke unter enger Einbindung niedergelassener Ärzte mit spezieller geriatrischer Qualifikation aufzubauen.
5. In regelmäßig stattfindenden Gesprächen zwischen dem Sozialministerium, dem Landesverband Geriatrie, den Kostenträgern und gfs. dem MDKN wird die Umsetzung des Geriatrieplans und die Entwicklung der altersmedizinischen Versorgung in Niedersachsen evaluiert.
6. Niedersachsen ist in der durchaus glücklichen Situation, kongruent zur im Bundessozialgesetzbuch V geregelten Finanzierungssituation die Geriatrie sowohl im akutmedizinischen als auch im Rehabilitationsbereich, zumeist sogar in gemischten Abteilungen (dort Vorhalten beider Bereiche) etabliert zu haben. Dies wird im Bundesvergleich mit Blick auf die unterschiedlichen, zumeist einseitig Reha- oder akutmedizinisch ausgerichteten Landes-Geriatriekonzepte mittlerweile als entscheidender Vorteil betrachtet. Gleichwohl gilt es bei Erstellung eines gemeinsamen Geriatriekonzeptes Niedersachsen aus Fehlern der Vergangenheit zu lernen und z. B. den diagnostischen und akutmedizinischen Bedarf von Tageskliniken so zu berücksichtigen, dass zumindest ein Teil der Tagesklinik-Plätze in der Akutmedizin ausgewiesen wird.

7. Konzepte zur strukturierten ambulanten geriatrischen Versorgung mit Elementen der ambulanten und mobilen Rehabilitation sind zu erarbeiten.
8. Um der Vorgabe „ambulant“ vor „stationär“ Rechnung zu tragen, sind – angeschlossen an geriatrische Zentren – Institutsambulanzen bzw. KV-Ermächtigungsambulanzen einzurichten. An Standorten ohne geriatrisches Zentrum kann diese Funktion durch geriatrisch besonders qualifizierte niedergelassene Ärzte wahrgenommen werden.
9. Auf eine ökonomisch auskömmliche Finanzierung der Geriatrischen Rehabilitation (Kalkulationsgrundlage) muss hingewiesen werden, wenn auch der Politik vertraglich-rechtlich dabei nur ein begrenzter Spielraum gegeben ist. Um so wichtiger ist die Festlegung entsprechender Eckpunkte in einem Geriatriekonzept. Nur so wird die wichtige und medizinisch ergänzende Rehabilitation älterer Patienten neben der Akutgeriatrie auf Dauer Bestand haben können.
10. Der besonderen Situation Niedersachsens (geringste Facharztdichte im Bundesvergleich und schlechtere Bettensituation als im Bundesdurchschnitt) ist durch Erhöhung der Zahl an ärztlichen Weiterbildungsstätten Rechnung zu tragen, sowohl wenn es um die Umsetzung von geriatrischer Versorgung im Rahmen der bestehenden Krankenhauseinrichtungen als auch um im Vergütungssystem (DRG-System) geforderte Rahmenbedingungen für die Leistungserbringung der OPS 8550.0 (Frührehabilitative Geriatrische Komplexbehandlung) geht.
11. Der klinischen Entwicklung muss auch die akademische folgen. Die dauerhafte Repräsentation der Geriatrie in Forschung und Lehre an den Hochschulen über die Mitwirkung im Querschnittsfach Q7 hinaus ist erforderlich. Daneben ist die in der Drucksache 16/4037 auf Seite 3 ausgeführte dringend notwendige Verbesserung des Unterrichts der Medizin-Studenten in Altersmedizin in Niedersachsen kaum ohne die Einbeziehung akademisch ausgebildeter (habilitierter) Geriater aus nicht-universitären Einrichtungen z. B. Akademischen Lehrkrankenhäusern zu gewährleisten. Hierbei sollten Lösungen gefunden werden, gleichzeitig die Versorgungsforschung durch Einrichtung von Lehr- und Forschungsaufträgen und „externe Lehrstühle“ zu fördern und zu fordern. Dies soll nicht bedeuten, dass die nicht nur in Niedersachsen schwierige Einrichtung von Betten

führenden Fachabteilungen für Geriatrie an Kliniken der Maximalversorgung incl. Universitäten nicht weiter forciert werden soll. Ziel muss es sein, europäischen Standard anzustreben.

12. Die Einführung des Schwerpunktes Geriatrie in der Weiterbildungsordnung für Ärzte ist voranzutreiben. Der Landesverband Geriatrie Niedersachsen bietet gemeinsam mit der Ärztekammer Niedersachsen eine curriculare Fortbildung „Altersmedizin“ sowie landesweit regelmäßig zertifizierte Schulungen und Fortbildungen für alle an der Altersmedizin beteiligten Berufsgruppen (geriatrische Teams) an.
13. Alle geriatrischen Zentren in Niedersachsen, nach den Richtlinien des Bundesverbandes Geriatrie zertifiziert, bieten eine fachkundige Beratung zu Fragen der Altersmedizin gfs. auch zur pflegerischen Anleitung Angehöriger an, die jedem Bürger zugänglich ist.

Dr. med. H.-T. Hildebrand

Ärztlicher Sprecher

Landesverband Geriatrie Niedersachsen