

Bundesweites Geriatriekonzept verabschiedet

Bericht von der 32. Mitgliederversammlung am 3./4. Mai in Hannover-Langenhagen

„Wer nicht will, findet Gründe. Wer will, findet Wege.“ Diese Worte des Vorstandsvorsitzenden Dr. Michael Musolf anlässlich der Vorstellung des bundesweiten Geriatriekonzepts können als Motto für die gesamte Mitgliederversammlung gelten. Denn ob bei Geriatrie-Register oder GKV-IPReG, Qualitätssiegel oder Transparenzregister – immer ging es bei dem Verbandstreffen darum, ausgetretene Pfade zu verlassen, neue Wege zu finden oder bewährte Strecken auszubauen.

Die Veranstaltung, die glücklicherweise wieder in Präsenz (unter der 2G+-Regel) mit etwa 200 Teilnehmerinnen und Teilnehmern stattfand, musste leider aus verschiedenen Gründen auf einige Akteure verzichten. So waren zwei Vorstandsmitglieder kurzfristig erkrankt. Nachdem die Niedersächsische Ministerin für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung kurzfristig aus Termingründen einen Vertreter benannte, musste dieser der Veranstaltung schließlich aus gesundheitlichen Gründen fernbleiben. Der Vorsitzende des Landesverbands Niedersachsen, Dr. Martin Stolz, wurde wegen einer Terminüberschneidung bei seinem Grußwort durch Prof. Dr. Dieter Lüttje vertreten. Lüttje stellte die Novellierungspläne für das Niedersächsische Krankenhausgesetz vor, das neue Planungsparameter für die Krankenhäuser vorsieht. Dazu kommen weitere Neuerungen, wie z. B. die verpflichtende Einführung eines Demenzbeauftragten.

Der neue Planungsansatz werde zu deutlichen Veränderungen der Krankenhauslandschaft in Niedersachsen führen, was auch den Wegfall von Krankenhäusern bedeute. Ziel sei es, u. a. acht regionale Gesundheitszentren aufzubauen. Die Trägervielfalt solle dabei erhalten bleiben, jedoch fehlten hierzu genauere Ausnahme-

regelungen. Kritisch wurde angemerkt, dass Kliniken benachteiligt würden, die keine Notfallversorgung anbieten. Die geplante Umsetzung bis 2024 sei Lüttje zufolge ehrgeizig. Gleichzeitig sah er noch Spielraum, um die Erfordernisse der Altersmedizin erfolgreich in die Verhandlungen zur Konkretisierung und Umsetzung einzubringen.

Geriatrie strukturell absichern

In seinen Erläuterungen der neuen Version des bundesweiten Geriatriekonzeptes skizzierte Dr. Musolf anschließend die aktuelle Situation. Die Versorgungskapazitäten seien bis zur Pandemie zwar auf- und ausgebaut worden, aber es gebe weiterhin weder eine anerkannte Planungsgrundlage noch eine ausreichende strukturelle Absicherung der geriatrispezifischen Versorgungsstrukturen. Gleichzeitig möchten andere Fachbereiche geriatrische Patientinnen und Patienten halten – ohne Interesse an den hochaltrigen, ausgeprägt multimorbiden Kranken, die einen hohen Behandlungsaufwand erfordern. Was die Ausbildung betrifft, waren die Bestrebungen zur bundesweiten Einführung des Facharztes Geriatrie erfolglos. Insgesamt sei festzustellen, dass das Gesundheitssystem Generalisten bevorzugt, die Geriätrmedizin unterstützt und die Durchführung von Operationen fördert.

Die Bundesregierung suche zwar Lösungen für Versorgungsprobleme, wie der Koalitionsvertrag zeige. Trotzdem bestünden große Herausforderungen, um dem Versorgungsbedarf nicht nur in Akutbereich und Rehabilitation, sondern auch in der Gesamtheit gerecht zu werden. Entsprechende Konzepte müssten flexibel sein, um nicht nur der Gegenwart, sondern ebenfalls zukünftigen Anforderungen gerecht zu werden – sowie dem Sozialgesetzbuch entsprechen.

Diesen mehrfachen Spagat bewältige das neue bundesweite Geriatriekonzept. Es setze auf eine strukturierte Gestaltung und sei bewusst auf planungsrelevante Aspekte ausgerichtet. Kernelemente sind die bundesweite Planung der Versorgung sowie die Zusammenführung der nichtvollstationären Versorgungsformen. Damit erhalte die Altersmedizin eine zeitgemäße planungstechnische Grundlage. Ziel sei die Einführung verbindlicher Planungscluster und Bedarfszahlen. „Dabei ist es unsere Absicht“, sagt Dr. Musolf, „auf Basis des Konzeptes mit der strukturierten Planung geriatrispezifischer Versorgungsstrukturen zu beginnen und diese Planungen in den kommenden Jahren in die Versorgungspraxis umzusetzen.“

Versorgungsformen zusammenführen

Im Einzelnen greift der Entwurf u. a. folgende Aspekte auf:

1. Um eine bundesweite Planungsgrundlage zu schaffen, werden einheitliche Begrifflichkeiten etabliert. Für eine stationäre geriatrische Versorgungseinheit im Krankenhaus wird der Begriff „Klinik für Geriatrie“ eingeführt. Im Bereich der stationären geriatrischen Rehabilitation wird der Begriff „Geriatrische Rehabilitationsklinik“ etabliert. Es gelten jeweils strukturelle Mindestanforderungen, die erfüllt werden müssen.
2. Altersmedizin wird zur Grund- und Regelversorgung gezählt und die Geriatrie planerisch verankert. So ist u. a. in jedem



▲ Prof. Dr. Dieter Lüttje begrüßte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Namen des Landesverbandes Niedersachsen



▲ Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer tauschten bei gebührendem Abstand ihre Meinungen aus

Landkreis, in kreisfreien Städten bzw. in der vergleichbaren Planungsgröße in einem Stadtstaat eine Klinik für Geriatrie vorzusehen. Dabei werden je 10.000 Einwohner über 70 Jahre mindestens 38 Betten im Krankenhaus- bzw. 12 Betten im Rehabilitationsbereich vorgegeben. Darüber hinaus muss bundesweit innerhalb eines Fahrzeitradius von 25 Minuten mindestens eine Klinik für Geriatrie erreichbar sein, bzw. innerhalb von 45 Minuten eine Geriatrie Rehabilitationsklinik. Das Konzept berücksichtigt dabei regionale Besonderheiten.

3. Um hochaltrige, multimorbide Patientinnen und Patienten, die heute in anderen medizinischen Versorgungsbereichen (fehl-)versorgt werden, verstärkt in geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen zu behandeln, wird optional eine sogenannte spezialisierte geriatrische Versorgungseinheit (SGV) für eine engere Vernetzung mit anderen medizinischen Fachgebieten geschaffen. Konkret können SGV an Kliniken für Geriatrie optional angegliedert werden.
4. Im nicht-stationären Bereich werden „Ambulante Geriatrie Zentren“ (AGZ) bundesweit flächendeckend neu eingeführt. Hier verschmelzen die bisherigen Tageskliniken, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, mobile geriatrische Einrichtungen sowie – soweit eingerichtet – Geriatrie Institutsambulanz (GIA) organisatorisch und medizinisch-inhaltlich. Die heute getrennten Leistungen werden so zu einer neuen, komplexen Leistungsart zusammengeführt.

Das erste bundesweite Geriatriekonzept hatte der Verband 2018 nach einer umfassenden internen Diskussion verabschiedet. Die Überarbeitung und Weiterentwicklung des Konzeptes war aufgrund der gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre notwendig geworden und bringt einen stärkeren Praxisbezug. Zudem kommt es nach der Corona-Pandemie vermehrt zu Diskussionen hinsichtlich der konkreten Gestaltung der altersmedizinischen Versorgung. „Die Einführung von Personaluntergrenzen bei bestehender Personalknappheit, die Folgen pandemiebedingter Maßnahmen sowie anstehende Reformen in zentralen Bereichen des Gesundheitswesens erfordern klare Positionen“, betonte Dr. Musolf. „Unser Geriatriekonzept macht deutlich, wohin die Reise

gehen muss, um den Rechtsanspruch auf eine spezifische altersmedizinische Versorgung auch zukünftig bedarfsgerecht umsetzen zu können.“

Herr Dr. Lönies stellte in seinem Vortrag als Ergänzung zu den versorgungspolitischen Ausführungen noch einmal ausführlich die Inhalte des Konzeptes dar und erläuterte die jeweiligen Hintergründe zu den einzelnen Regelungen. Dabei ging er auch auf weiterführenden Überlegungen zu den einzelnen Ansätzen und die intensive Abstimmung mit Landesverbänden und Fachgesellschaften ein.

Definierte Bedarfsuntergrenzen, regionale Spielräume

Die anschließende Diskussion zeigte die Unterstützung für das Papier seitens der Landesverbände deutlich. Die Diskutanten begrüßten den Entwurf, hoben einzelne Aspekte hervor und gaben ihrer Zuversicht Ausdruck, dass der Bundesverband Einfluss auf die Gestaltung der geriatricspezifischen Versorgung nehmen kann. Schließlich wurde das Konzept bei acht Enthaltungen einstimmig angenommen. Der Vorstand erhielt den Auftrag, einzelne Anregungen redaktionell einzuarbeiten und das Konzept zu finalisieren. Im Anschluss wird es auf allen Ebenen zur Richtschnur für die zukünftige Gestaltung der Versorgungsstrukturen und damit der Lobbyarbeit bzw. der Arbeit des Verbandes.

Einen aktuellen Anlass, um für die Belange der Geriatrie die Stimme zu erheben, gab es bereits kurz vor der Mitgliederversammlung. Anlässlich der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach einberufenen „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ kritisierte der Bundesverband, dass diese Kommission keine altersmedizinische Kompetenz aufweist. „Schon heute bilden die älteren Patientinnen und Patienten eine der größten Gruppen im Krankenhaus. Angesichts der demografischen Entwicklung werden die betagten und hochbetagten Personen die zentralen Nutzer des Krankenhauses sein“, sagte Dr. Musolf. „Die Kommission soll eine angemessene zukünftige Versorgungsstruktur entwickeln, somit wäre eine Vernachlässigung altersmedizinischer Kompetenz sicherlich nicht zukunftsbezogen.“ Im Kontext des frisch verabschiedeten Geriatriekonzeptes bot Musolf in einem Schreiben an den Bundesgesundheitsminister sowie in einer Pressemitteilung der Politik die Expertise des Bundesverbandes an, um die Versorgung hochaltriger, multimorbider Menschen zukünftig politisch zu planen.

Finanzierung im „Pingpong“

In ihrem Vortrag zur wirtschaftlichen Situation der Geriatrie stellte Jessica Kappes, Bereichsleiterin Finanzierung in der Geschäftsstelle, zunächst die Situation der Geriatrien am Krankenhaus dar. Hier ging es unter anderem um die OPS-Strukturprüfungen nach § 275d SGB V und vor allem um den Konflikt zwischen dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nach § 301 Absatz 2 SGB V einerseits sowie der StrOPS-Richtlinie und dem Begutachtungsleitfaden des Medizinischen Dienstes Bund (MD Bund) andererseits: So gebe der OPS „auf der obersten Ebene“ zwar rechtsverbindliche Vorgaben vor, sei aber aufgrund der Vielzahl definitorischer Unklarheiten und unbestimmter Rechtsbegriffe in der Auslegung nicht immer



▲ Sie stellten dem interessierten Podium das Geriatriekonzept vor: Dr. Michael Musolf (rechts, Vorstandsvorsitzender) und Dr. Mark Lönies (Stellvertretender Vorstandsvorsitzender)



▲ Mit überwältigender Mehrheit, ohne Gegenstimmen, wurde das bundesweite Geriatriekonzept bei acht Enthaltungen angenommen

© Bundesverband Geriatrie

eindeutig. Der MD-Begutachtungsleitfaden dagegen entwickle im Außenverhältnis gegenüber den Krankenhäusern zwar keine Rechtsverbindlichkeit, werde vom MD aber als primäre Grundlage für die Strukturprüfungen verwendet. Ein weiteres Problem ergebe sich dadurch, dass der Leitfaden häufig geändert wird. „Der überwiegende Teil der Abrechnungsstreitigkeiten spielt sich aus Sicht der Krankenhäuser auf der nicht-rechtsverbindlichen Ebene ab“, so Kappes' Fazit der Situation, die manchen Teilnehmer an ein Pingpongspiel erinnerte.

Die positive Nachricht: Die DRG-Fachgruppe des Bundesverbands beteiligt sich u. a. mit offiziellen Stellungnahmen intensiv an der Diskussion, sodass sie mit eigenen Vorschlägen aktiv bei der Gestaltung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung eingreifen kann – und hat so etwa auf die korrekte Auslegung der Begrifflichkeiten „geriatriische Einheit“, „besonders geschultes Pflegepersonal“ und „überwiegend“ innerhalb des MD-Begutachtungsleitfadens hingewirkt. Diese gelte es im weiteren Prozess in den OPS zu integrieren, um Rechtsverbindlichkeit zu schaffen.

Die finanzielle Situation der geriatrischen Rehabilitation wurde 2021/2022 stark von den Corona-Rettungsschirmen geprägt. Einen wichtigen Impuls bringt nun das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG), das die Grundlohnsummenbindung aufhebt. Daraus, so Kappes' Warnung, ergebe sich aber nicht automatisch eine höhere Vergütung. Vielmehr müssen die Verträge mit den Krankenkassen gekündigt und neu verhandelt werden. Sie appellierte an die Anwesenden, gegebenenfalls den Gang zur Schiedsstelle nicht zu scheuen, um eine angemessene Vergütung zu erreichen.

Das GKV-IPReG begleitet die Verbandsarbeit nun bereits seit einiger Zeit. In Vertretung für Dr. Antje Kloth ergänzte Dipl.-Pflegerin Andrea Kuphal Kappes' Ausführungen. Sie bezeichnete das Gesetz als Aufwertung für die geriatrische Rehabilitation. Dies betreffe unter anderem Regelungen zur Bewilligung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen, die ab dem 1. Juli ohne weitere Prüfung seitens der Krankenkassen erteilt werden können, sofern ein entsprechend begründeter Antrag eines niedergelassenen Arztes

vorliegt. Auch die festgelegte Behandlungsdauer von 20 Behandlungstagen im ambulanten bzw. drei Wochen im stationären Bereich sei positiv.

Zudem werde erstmalig ein „Mitwirkungsrecht“ der Leistungserbringer in diesem Bereich normiert. Die Aufforderung an die Leistungserbringerverbände sowie den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, eine Rahmenempfehlung zu erarbeiten, sei ein wichtiger Schritt. Die entsprechenden Verhandlungen seien jedoch äußerst schwierig und intensiv, sodass noch kein Ergebnis erzielt werden konnte. Somit sei der weitere Auftrag, eine Schiedsstelle zu bilden, äußerst sinnvoll und wurde mittlerweile – unter Mitwirkung des Bundesverbands – erfüllt. In den nächsten Monaten sollen nun die vom Gesetzgeber geforderten Grundsätze einer leistungsgerechten Vergütung sowie ihrer Strukturen erarbeitet werden. In der Diskussion kam zum Ausdruck, dass dies aufgrund der vielen verschiedenen Player eine wahre „Herkulesaufgabe“ ist, zu dessen Lösung vermutlich der erste Einsatz der neugegründeten Schiedsstelle erforderlich sein wird.

„Herr der Daten sein“: geriatricspezifisches Register

Es folgten weitere Themen, die die Verbandsarbeit in der jüngeren Zeit geprägt haben oder zukünftig eine wichtige Rolle spielen werden. So referierte Dr. Musolf für seinen erkrankten Vorstandskollegen Dr. Michael Jamour über die Einführung eines Geriatrieregisters. Register spielen eine wichtige Rolle bei der Steuerung der Gesundheitspolitik, denn sie liefern nicht nur Informationen für politische Diskussion, sondern auch Kriterien für die medizinische Behandlungsqualität, die Beurteilung von Versorgungsstrukturen sowie gesundheitspolitische Entscheidungen. Für eine längerfristig orientierte Planung und Gestaltung geriatrischer Versorgungsstrukturen erachtet es der Vorstand des Verbandes als notwendig, Kranke mit einem geriatritypischen Profil und Versorgungsbedarf besser zu beschreiben.

Zur langfristigen Absicherung der Versorgungsstrukturen sei es deshalb sinnvoll, ein bundesweites Geriatrie-Register einzuführen, um „selbst Herr der Daten zu sein“. Gleichwohl sehe der Vorstand

die mit einer Einführung eines Registers verbundene Belastung der Mitgliedseinrichtungen durch den zusätzlichen Arbeitsaufwand. Dieses Spannungsfeld zwischen Datenverfügbarkeit und Aufwand sei nur schwer sachgerecht zu lösen.

Im Mittelpunkt sollen dabei einwilligungsfreie Grunddaten sowie Merkmale geriatrischer Patientinnen und Patienten plus die Parameter des Behandlungsverlaufs und -ergebnisses stehen. Um sowohl den finanziellen als auch den organisatorischen Implementierungsaufwand möglichst gering zu halten, ist vorgesehen, das neue Register aus der bestehenden Datenbank „Gemidas Pro“ abzuleiten. Im Anschluss an eine rege Diskussion beschloss die Versammlung mit einer nur sehr geringen Zahl an Gegenstimmen mehrheitlich, ein bundesweites Geriatrie-Register einzuführen. Es soll sich zunächst an den bereits verfügbaren Datensätzen orientieren und kann perspektivisch um weitere Inhalte ergänzt werden.

Einer der letzten Tagesordnungspunkte griff dann das Stichwort „Register“ noch einmal auf. Bereits auf der letzten Mitgliederversammlung wurde die Idee vorgestellt, eine verbandsinterne Vergütungssatzdatenbank aufzubauen. Der Hintergrund: Immer wieder erreichen die Geschäftsstelle Anfragen aus Mitgliedseinrichtungen sowie von externen Ansprechpartnern zur (durchschnittlichen) Höhe vereinbarter Vergütungssätze, etwa zur Vorbereitung für anstehende Verhandlungen. Doch liegen dem Verband bislang keine systematisch erfassten Angaben zu aktuell vereinbarten Vergütungssätzen geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen bzw. Tageskliniken vor. Um hier Abhilfe zu schaffen, haben Vorstand und Geschäftsstelle inzwischen eine Reihe von Items sowie Kriterien definiert, die – neben der bloßen Höhe aktueller Vergütungssätze – in die neue Datenbank, das sogenannte Transparenzregister, einfließen sollen. Die Geschäftsstelle hat es in den letzten Wochen technisch umgesetzt, der Versand einer Einladung an die Mitgliedseinrichtungen zur Teilnahme am Aufbau des Transparenzregisters steht unmittelbar bevor. Der Vorstand schloss diesen Tagesordnungspunkt mit der Bitte an alle Mitglieder, sich für den Vorteil aller daran zu beteiligen.



© Bundesverband Geriatrie

▲ Sehr gefragte Gesprächspartnerinnen zum Thema Qualitätssiegel Geriatrie: Katja Rothe (*rechts*), Geschäftsführerin der Geri-Zert GmbH, und Kundenbetreuerin Kerstin Schröter

Qualitätssiegel auf der Erfolgsspur

Ein weiteres Beispiel für einen „neuen Weg“ in der Geriatrie ist die Weiterentwicklung der Qualitätssiegel. Das Auditorium erfuhr von Dr. Ariane Zinke, dass mit dem neuen Qualitätssiegel Geriatrie vollständige fachliche und finanzielle Unabhängigkeit von der Deutschen Akkreditierungsstelle DAkkS besteht; bisher wurden 60 der bestehenden Zertifikate umgeschrieben. Katja Rothe, die Geschäftsführerin des neuen Zertifizierers Geri-Zert GmbH, mit dem der Bundesverband seit dem 1. April zusammenarbeitet, stand auf der Mitgliederversammlung in zahlreichen Gesprächen Rede und Antwort zum neuen Zertifizierungsprozess.

Noch nicht abgeschlossen ist dagegen die Entwicklung beim atz-Zertifikat. Im Rahmen eines Treffens der Vorsitzenden bzw. Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) sowie des Bundesverbandes Geriatrie kurz vor Weihnachten 2020 wurde ein erfolgreicher Anlauf gestartet, um die beiden parallelen Zertifizierungsverfahren im Bereich der Alterstraumatologie zusammenzuführen. Dieser Prozess wurde unter Federführung des Bundesverbandes über das Jahr 2022 weitergeführt. Die Verhandlungen sind komplex und dauern noch an, sodass ein abschließendes Ergebnis noch nicht vorliegt. Alle Beteiligten verfolgen jedoch das Ziel, die Verfahren zusammenzuführen.

Gleichwohl hätte eine Zusammenführung nicht nur positive Folgen. So würde sich bei den Kosten die neue Zertifizierung an den Preisen des bisherigen unfallchirurgischen Verfahrens orientieren. Schließlich werden alle Einrichtungen, die zukünftig das Zertifikat führen wollen, zur Teilnahme an einem Alterstraumaregister verpflichtet. Insgesamt kann man festhalten, dass für viele Einzelfragen bereits sinnvolle Lösungen gefunden wurden. Um weitere Punkte abzuklären, sollen vor der Sommerpause weitere Treffen folgen.

Damit die Mitglieder immer zeitnah und gut informiert sind, stellte Frau Dr. Beinhauer die verschiedenen Informationsmedien des Verbandes für seine Mitglieder vor. Mit dem „virtuellem Forum“



© Bundesverband Geriatrie

▲ Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Geriatrie, Dr. Michael Musolf (*rechts*), beim abendlichen Get-together mit dem Geschäftsführer Dirk van den Heuvel