

Gemeinsame Stellungnahme  
des Bundesverbandes Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zur  
**Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission**  
für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung  
vom 06.12 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und der Bundesverband Geriatrie (BVG) begrüßen ausdrücklich die Regierungsinitiative zu einer grundlegenden Krankenhausreform. Die in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission vorgebrachten Vorschläge möchte wir aus Sicht der Geriatrie wie folgt kommentieren.

## **Ausgangslage**

Bezogen auf die Anzahl der verfügbaren Betten bzw. bestehenden Fachabteilungen, bildet die Geriatrie mittlerweile die größte „medizinische Abteilung“ im Bereich der Inneren Medizin und ist bettenmäßig z. B. mit der Kardiologie vergleichbar. Diese Tatsache spiegelt sowohl den altersmedizinischen Versorgungsbedarf als auch die medizinische Bedeutung der Geriatrie wieder. Hierbei zielt die Geriatrie nicht nur auf die fachgerechte akutmedizinische Behandlung der älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten, sondern legt gleichzeitig ein besonderes Augenmerk auf den bestmöglichen Erhalt der Selbständigkeit der Betroffenen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. bestmöglich hinauszuzögern oder zu verringern.

Die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus verändert sich durch den demografischen Wandel stetig. Insbesondere durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird es in den kommenden Jahren eine beschleunigte Veränderung in diesem Bereich geben. In der Folge steigt kurz- und mittelfristig der Bedarf an altersmedizinischer Kompetenz deutlich an. Eine zukunftsorientierte Reform der Krankenhausversorgung muss diese Entwicklungen sachgerecht und damit zukunftsorientiert aufgreifen.

### I) Stellungnahme zu den zentralen Elementen des Konzeptes der Expertenkommission

#### **1) Einführung von „Versorgungs-Leveln“**

*„Einführung einer einheitlichen Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln), um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen.“*

**→ Auf allen Versorgungs-Leveln (In bis III) ist geriatrische Kompetenz regelmäßig erforderlich und damit im Sinne einer eigenen Leistungsgruppe vorzuhalten.**

#### Begründung/Hinweise:

- Krankenhausbehandlung: Die akutmedizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Geriatrie ist Teil der Krankenhausversorgung und somit in den Leveln In bis IIIU strukturell abzubilden.
- Die geriatrische Patientengruppe ist auf jedem Level vertreten: Geriatrische Patientinnen und Patienten werden in allen Krankenhäusern und somit über alle Versorgungslevel hinweg behandelt. Daraus leitet sich ein geriatricspezifischer Behandlungsbedarf in allen Krankenhaus-Leveln ab. Zudem ist es wichtig, dass der Leistungsbereich

Geriatric as an internal departmental cooperation partner for a cross-indication care of corresponding patients and patients structurally available, as this is exemplified for the cooperation with orthopedic surgery through the GBA guideline for the care of hip joint proximal femoral fractures (Banz AT 30.12.2020 B6) already legally prescribed. Here it could be shown that the mortality of patients and patients with hip joint proximal femoral fractures in Germany through the so-called orthogeriatric co-management sustainably by 22% can be reduced (Rapp, Becker et al. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 53–9).

- Die Leistungsgruppe Geriatrie muss flächendeckend vorgehalten werden, da Verlegungen für geriatrische Patientinnen und Patienten grundsätzlich kritischer sind, als dies bei jüngeren Personen der Fall ist. Als Stichwort sei an dieser Stelle beispielhaft die spezifische Delir-Gefahr genannt. Vor diesem Hintergrund sind auch Verlegungen und Rückverlegungen soweit möglich strukturell zu vermeiden.
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Aufgrund der Charakteristika dieser Personengruppe (Frailty/geriatrietypische Multimorbidität) sowie der Altersstruktur und dem sich daraus ergebenden spezifischen geriatrischen Behandlungsbedarf in den einzelnen Leistungsgruppen der Krankenhäuser ist insbesondere in den Leveln II und III eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungsgruppen mit dem Bereich der Geriatrie unumgänglich. Diese Art der Zusammenarbeit ist im Geriatriekonzept des Bundesverbandes Geriatrie<sup>1</sup> unter dem Stichpunkt „Spezialisierte Geriatrie Versorgungseinheit (SGV)“ beschrieben. Somit muss entsprechende altersmedizinische Kompetenz auf allen Versorgungsebenen regelhaft zur Verfügung stehen.
- Teil der Grund- und Regelversorgung: Geriatrie gehört darüber hinaus zur Grund- und Regelversorgung und muss daher auch aus diesem Aspekt heraus flächendeckend in den Einrichtungen des Levels In verpflichtend als eigenständige Leistungsgruppe vorgehalten werden.
- Vergleichbare Bedeutung der Geriatrie im Verhältnis zu anderen Indikationsbereichen des Reformansatzes: In den Krankenhäusern des zukünftigen Versorgungslevels II ist konzeptionell z. B. die Leistungsgruppe Kardiologie obligatorisch angesiedelt. Die Geriatrie hat heute quantitativ und insbesondere auch versorgungspolitisch eine vergleichbare Bedeutung. Es wäre daher unverständlich, wenn nicht auch die Geriatrie auf der Ebene der Level II und III verortet wäre.

## 2) Leistungsgruppe „Geriatrie“

*„Installation eines Systems von Leistungsgruppen, die passgenauer als durch DRGs (hohe Granularität) und Fachabteilungen (niedrige Spezifität) den Leveln zugeordnet und dem Bevölkerungsbedarf angepasst werden können.“*

**→ Die Leistungsgruppe „Geriatrie“ muss das gesamte Behandlungsspektrum der akutstationären geriatricspezifischen Versorgung abdecken. Die Definition der Leistungsgruppe Geriatrie darf daher nicht ausschließlich auf dem OPS 8-550.-beruhen und muss sachlich ergänzt werden.**

Begründung/Hinweise:

---

<sup>1</sup> Bundesweites Geriatriekonzept des Bundesverbandes Geriatrie, veröffentlicht 2022

- Das Behandlungsspektrum der Geriatrie muss sachgerecht erfasst werden: Bei der Definition der Leistungsgruppe „Geriatrie“ muss sichergestellt sein, dass eine umfassende Leistungsabbildung erfolgt. Es wäre problematisch, wenn die Leistungsdefinition ausschließlich über den OPS 8.550.- „Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung“ erfolgen würde, da in geriatrischen Fachabteilungen neben der Frührehabilitation auch die akutmedizinische Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten erfolgt. Auch werden im Rahmen der akutmedizinischen Behandlung in der Geriatrie Fälle mit einer kurzen Verweildauer (< 7 Behandlungstagen (BT)) behandelt, die über den OPS 8-550.- nicht erfasst werden. In der Geriatrie werden daher auch Patientinnen und Patienten behandelt, bei denen der OPS 8-550.- nicht zur Abrechnung kommt.
- OPS 8-550.- zuzüglich Behandlungsfälle mit kurzer Verweildauer (< 7 BT): Der OPS 8-550.- kann zwar grundsätzlich zur Leistungsdefinition herangezogen werden, es darf jedoch nicht ausschließlich auf die erlösrelevanten Ausprägungen des OPS abgestellt werden. Um die vollstationären Leistungen in der Geriatrie sachgerecht zu definieren, müssen die OPS-Versionen 8-550.0 (7 - 13 BT), 8-550.1 (14 – 20 BT) und 8-550.2 (> 21 BT) als Bezugsgröße herangezogen werden.
- OPS 8-550.0 von besonderer Bedeutung: Da der OPS 8-550.0 seit Einführung im DRG-System bisher keine Erlösrelevanz aufweist, spielt dieser OPS abrechnungstechnisch heute eine untergeordnete Rolle und wird in der DRG-Abrechnung mengenmäßig zum Teil nicht angemessen kodiert. Somit besteht bei der Definition von Leistungsgruppen über die Klassifikationssysteme der ICD- und OPS-Kodes in der Geriatrie die Gefahr, dass insbesondere Leistungen mit kurzen Verweildauern nicht sachgerecht erfasst werden. Um das systembedingte Kodierverhalten auszugleichen, muss im Bereich der Geriatrie ggf. auf weitere Kriterien zur Leistungsdefinition zurückgegriffen werden.
- Bevölkerungsbezug mit klaren Bezugswerten: Angesichts der sehr dynamischen demografischen Bevölkerungsentwicklung ist der Bevölkerungsbezug bei der Bedarfsplanung in der Geriatrie von besonderer Relevanz. Es ist daher eine feste Bindung an Bedarfszahlen vorzusehen. Im aktuellen Geriatriekonzept wird ein Bedarf von 38 Betten je 10.000 Einwohner über 70 Jahre vorgegeben.

### 3) Einführung einer „Vorhaltefinanzierung“

*„Reduktion der mengenbezogenen Komponente zugunsten einer bedarfsgerechten und qualitätsorientierten Vorhaltefinanzierung.“*

**➔ Die Aufteilung der bisherigen Krankenhausvergütung in eine fallmengenunabhängige Vorhaltefinanzierung und eine fallmengenabhängige rDRG wird begrüßt. Ein Vorhalteanteil von 40 % wird dabei als sachgerecht angesehen.**

Begründung/Hinweise:

- Vorhalteanteil von 40 %: Zukünftig soll die Krankenhausfinanzierung über einen fallmengenunabhängigen Vorhalteanteil bestehend aus dem Pflegebudget und einem Vorhaltebudget sowie über fallmengenabhängige rDRGs erfolgen. Im Konzept der Regierungskommission ist für die Leistungsgruppe Geriatrie im Rahmen der Implementierungsphase ein Vorhalteanteil von 40 % vorgesehen. Dieser Ansatz erscheint – auch im Vergleich zu ähnlichen Leistungsbereichen – sachgerecht und wird unterstützt. Unterschiedlich hohe Vorhaltekostenanteile bergen das Risiko, dass es aus

wirtschaftlichen Anreizen zu Leistungsverschiebungen in Leistungsgruppen mit geringem Vorhaltekostenanteil (d. h. hohem rDRG-Anteil) kommt.

- Bezugsjahr 2019 als Bemessungsgrundlage sachgerechter: Zu Beginn soll das Vorhaltebudget nach der bisherigen Leistungsmenge des Krankenhauses in der jeweiligen Leistungsgruppe ausgeschüttet werden. Bemessungsgrundlage sollen die Kalenderjahre 2022 und 2023 sein. Aufgrund der besonderen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen erscheint es zumindest fraglich, ob die Kalenderjahre 2022 und 2023 sachgerechte Bezugsjahre für den Leistungsbereich Geriatrie darstellen. Angesichts der „Hochrisikogruppe“ wurden die geriatricspezifischen Bettenkapazitäten im Rahmen der Pandemie vielerorts besonders intensiv umstrukturiert und damit Bettenkapazitäten (temporär) stillgelegt bzw. umgewidmet. Hier muss die Option geschaffen werden, zumindest im begründeten Einzelfall auf Werte aus dem Kalenderjahr 2019 zurück greifen zu können.
- Bevölkerungsbezug mit klaren Bezugswerten: Bereits heute zeichnet sich eine Zunahme operativer und interventioneller Eingriffe bei Hochaltrigen ab. Gemäß der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) stieg die Anzahl von Operationen und Prozeduren der stationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern in der Altersgruppe der über 70-Jährigen im Zeitraum 2010 bis 2020 um 42 %. Zu erwarten ist, dass die Fallzahlen betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten weiter steigen und sich dynamisch entwickeln werden. Das Zusammenwirken des demografischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts machen den kontinuierlichen sowie bedarfsbezogenen Auf- und Ausbau fachspezifischer altersmedizinischer Versorgungsstrukturen erforderlich. Es ist daher eine feste Bindung an Bedarfszahlen vorzusehen. Im aktuellen Geriatriekonzept wird ein Bedarf von 38 Betten je 10.000 Einwohner über 70 Jahre vorgegeben.
- Mengenbezug: Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen, weshalb eine Leistungsreduktion in der Geriatrie nicht angezeigt ist. Bei der Bedarfsfeststellung und -prognose müssen die derzeit außerhalb von geriatrischen Fachabteilungen erbrachten Fälle mit dem OPS 8-550.- deswegen ausdrücklich mit einbezogen werden. Zudem sind auch Fälle, die den Fachabteilungsschlüssel „Geriatrie“ haben, nicht jedoch mit dem OPS-Komplexcode verschlüsselt sind, anteilig der Leistungsgruppe „Geriatrie“ zuzuordnen.
- Qualitätsbezug: Die konzeptionelle Verknüpfung der Vorhaltefinanzierung mit Aspekten der Qualitätssicherung wird begrüßt. Gleichwohl ist der Einsatz von PREMs und PROMs in der Geriatrie problematisch, da die Einbindung der Patientinnen und Patienten eine besondere Herausforderung darstellt. Bedingt durch kognitive Defizite, die besondere Krankenhaussituation und die Multimorbidität, die eine Bezugnahme zu einem einzelnen Krankheitsverlauf z. T. erschwert, müssen in der Geriatrie andere Instrumente bzw. Erfassungsmethoden zur Ermittlung der Qualität genutzt werden.
- Besondere Einrichtung: Darüber hinaus wird an dem Instrument der „Besonderen Einrichtung“ im Sinne des § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG als weitere Abrechnungsoption für die Geriatrie festgehalten – vorausgesetzt, diesen Finanzierungsweg wird es auch nach der Reformumsetzung im Finanzierungssystem geben.

## II) Einzelaspekte und weitere Ausführungen

### **1) Fachkliniken im Sinne des Reformkonzeptes – im Bereich Geriatrie sog. Stand-Alone Geriatrien**

- Sog. Stand-Alone Geriatrien sind im Sinne der vorliegenden Krankenhausreform als Fachkliniken einzuordnen.
- Der medizinische Versorgungsauftrag einer Stand-Alone Geriatrie ist inhaltlich mit dem einer Fachklinik im Sinne des Reformkonzeptes vergleichbar. Es handelt sich um eine akutmedizinische Krankenhausversorgung, sodass entsprechende Stand-Alone Geriatrien versorgungstechnisch nicht zum Level Ii zählen.
- Im Reformkonzept sind verschiedene (Struktur-)Vorgaben für Fachkliniken normiert. Diese Vorgaben müssen auf die besondere Versorgungssituation in der Geriatrie angepasst werden. Abweichend von den Vorgaben für somatische Fachkliniken im Reformkonzept sind für diese Art der Geriatrien folgende Vorgaben zu fordern:
  - Vorhaltung stationärer Betten
  - Erfüllung der Strukturvorgaben des OPS 8-550.-
  - Angemessene Anzahl täglich betreibbarer Low-care-Intensivbetten
  - Fester Kooperationspartner für die intensivmedizinische Versorgung
  - Telemedizinische Verbindung mit Kliniken der Stufe I, II und III
  - CT, ggf. in Kooperation
  - Labor
  - Hubschrauberlandeplatz, sofern die Distanz zur nächsten Level-III-Klinik >30 km
  - Abgestimmte Mindestmengenvorgaben für den Bereich Geriatrie

### **2) Verortung der bisherigen teilstationären bzw. ambulanten Angebote**

- Im Geriatriekonzept des Bundesverbandes Geriatrie werden diese Versorgungsangebote im „Ambulanten Geriatriischen Zentrum (AGZ)“ zu einer neuen Leistungsform kombiniert. Im AGZ werden die heutigen teilstationären bzw. ambulanten Leistungen der Tageskliniken, der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (inkl. der mobilen geriatrischen Rehabilitation) sowie der Geriatriischen Institutsambulanzen (GIA) zu einer neuen Leistungsart zusammengefasst. Hinzu kommen neue Aufgaben wie z. B. spezielle Konsildienste, Präventions- und Vorsorgeangebote sowie Case- und Care-Management bei geriatrischen Patientinnen und Patienten.
- Aufgrund des Patientenpools und der damit verbundenen Versorgungsbedarfe ist an jedem Level Ii-Krankenhaus ein AGZ einzurichten.
- Das AGZ übernimmt dabei im Bedarfsfall die konsiliarische Betreuung der geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Level Ii-Einheit

### **3) Geriatrie und Level Ii**

- Das Versorgungslevel Ii wird zukünftig den Versorgungsbereich „unterhalb“ der medizinischen Notfallversorgung der Level In bis II und der vertragsärztlichen Versorgung ergänzen. Der Schwerpunkt liegt dabei nicht auf einer ärztlich-medizinischen Versorgung, vielmehr rücken z. B. pflegerische Aspekte oder Nachsorgebedarfe nach einem Krankenhausaufenthalt in den Fokus. Vor dem Hintergrund der demografischen

Entwicklung ist zu erwarten, dass zu einem großen Teil betagte und hochbetagte Personen in diesen Einrichtungen versorgt werden. Auch für den Personenkreis, der in Level-Ii-Häusern Versorgten, muss daher eine Option für eine strukturierte Einbindung geriatrischer Kompetenz geschaffen werden, sofern diese im Einzelfall notwendig bzw. sinnvoll ist.

- Die Struktur des Levels Ii ist ideal mit dem im Geriatriekonzept definierten „Ambulanten Geriatrischen Zentrum (AGZ)“ zu kombinieren. In dem AGZ werden - wie oben beschrieben - die heutigen teilstationären bzw. ambulanten Leistungen zu einer neuen Leistungsart zusammengefasst. Hinzu kommt eine große Anzahl von optionalen neuen geriatriespezifischen Leistungsangeboten wie z. B. spezielle Konsildienste, Präventions- und Vorsorgeangebote sowie Case- und Care-Management, die ideal zu dem Aufgabenspektrum des Levels Ii passen bzw. diese entsprechend ergänzen.
- Durch die Anbindung eines AGZ an Level-Ii-Häuser ist zudem die Basis für eine strukturierte Einbindung geriatrischer Kompetenz gegeben, sodass im Bedarfsfall die Patientinnen und Patienten dieser Versorgungsstufe entsprechend geriatriespezifisch betreut werden können.

#### **4) Qualitätsparameter**

- Stand heute sind die geriatriespezifischen Versorgungsangebote in den einzelnen Bundesländern und Regionen nicht homogen auf- bzw. ausgebaut. So steht die geriatrische Rehabilitation z. B. nicht in allen Bundesländern als separater Versorgungszweig zur Verfügung. Zudem gibt es innerhalb der Versorgungsstrukturen unterschiedliche Zuweisungswege. Diese Faktoren führen zu einem inhomogenen Patientenpool innerhalb der verschiedenen Geriatrien. Dieser Besonderheit muss bei der Festlegung von Qualitätssicherungsinstrumenten besonders Rechnung getragen werden.
- Aktuell erweitert der Bundeverband Geriatrie das Datenbanksystem Gemidas Pro mit über 1.000.000 Behandlungsdaten zu einem vollumfänglichen Geriatrie-Register. Dies kann zukünftig eine weitere Grundlage zur Ermittlung der Qualität in der Geriatrie darstellen bzw. bei der sachgerechten Auswahl von Qualitätssicherungsinstrumenten helfen.
- Zudem ist es vor der geschilderten besonderen Versorgungssituation sinnvoll, in der Geriatrie statt bzw. neben PREMs und PROMs auch weitere Kriterien und Instrumente zur Qualitätssicherung heranzuziehen. So könnten auch Assessment- und Pflegedaten eine sinnvolle Basis sein.

#### **5) Forschung und Lehre**

- Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung wird der medizinische Forschungsbedarf im Bereich der Altersmedizin in den kommenden Jahren deutlich ansteigen (müssen). Aufgrund der geriatrietypischen Multimorbidität der Patientinnen und Patienten wird diese Aufgabe sinnvoll nur möglich sein, wenn die Geriatrie auch auf der Versorgungsebene IIIU direkt bzw. durch Kooperationen unmittelbar in das Forschungsgeschehen eingebunden ist. Insoweit ist aus forschungspolitischer Sicht eine enge räumlich-inhaltliche Verzahnung mit anderen medizinischen Leistungsgruppen auf dem Level IIIU sinnvoll bzw. notwendig. Leider ist dies bisher nur an ganz wenigen medizinischen Fakultäten gegeben.

- Um diese Anforderungen auch strukturell aufzugreifen ist es notwendig, dass die Geriatrie regelhaft in den entsprechenden Forschungsnetzwerken eingebunden ist. Somit ist eine strukturelle Verknüpfung der Geriatrie auf der Ebene des Levels IIIU (universitäre Medizin) konzeptionell unbedingt sicherzustellen.
- Grundsätzlich kann diese notwendige Forschungsarbeit und damit auch die Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsmöglichkeiten für die steigende Zahl der betagten sowie hochbetagten Patientinnen und Patienten nur realisiert werden, wenn die Zahl der Lehrstühle im Bereich der Geriatrie angemessen erhöht und einer regulären universitären Finanzierung zugeführt wird. Beispielhaft wird hier nur auf das Land Italien verwiesen, wo jede medizinische Fakultät auch über einen Lehrstuhl für Geriatrie verfügt.

## **6) Aus- und Weiterbildung**

- Der Bedarf an geriatricspezifisch aus- und fortgebildetem ärztlichen Fachpersonal wird aufgrund der sich verändernden Altersstruktur in der Bevölkerung und damit in den Krankenhäusern zukünftig erheblich ansteigen. Um dieser großen – durch die demografische Entwicklung bedingten – Herausforderung gerecht zu werden, müssen auf struktureller Ebene die bestmöglichen Voraussetzungen für eine Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Altersmedizin geschaffen werden. Ohne eine solche Ausbildungsoffensive ist eine fachgerechte und flächendeckende geriatrische Krankenversorgung zukünftig nicht zu bewältigen. Auch dies unterstreicht das Erfordernis der Etablierung weiterer Lehrstühle für Geriatrie.
- Durch die Neuorganisation der Krankenhauslandschaft wird es bei einer sachgerechten Ausgestaltung zu einem deutlich ansteigenden Bedarf an geriatricspezifisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten kommen. Dieser Bedarf muss zeitnah entsprechend ausgebildet werden, sodass die dafür notwendigen Voraussetzungen und Strukturen durch die Krankenhausreform zu schaffen sind. Es darf nicht dazu kommen, dass mit Verweis auf fehlendes Personal (Geriatrer) notwendige Krankenhausstrukturen nicht geplant und umgesetzt werden können.
- Somit muss über die entsprechende Krankenhausplanung aus dem Bereich der Geriatrie heraus ein direkter Zugang zu den entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten bestehen. Das bedeutet u.a., dass die Leistungsgruppe der Geriatrie auch weiterhin vollumfänglich im System der Facharztausbildung zur Aus- und Weiterbildung anderer Fachärzte zur Verfügung stehen muss. Es muss weiterhin möglich sein, in der Geriatrie entsprechende Ausbildungszeiten absolvieren zu können. Nur so können einerseits geriatrische Kompetenz in die ärztliche Ausbildung getragen werden und andererseits angehende Fachärztinnen und Fachärzte für dieses Fach interessiert werden. Dies gilt insbesondere für den Bereich der „allgemeinen Inneren Medizin“ sowie der „Allgemeinmedizin“.
- Ein „Kooperationsmodell“ über die Level hinweg (wie in der dritten Stellungnahme der Expertenkommission auf Seite 12 beschrieben) wird den Anforderungen an die Ausbildung im Bereich der Geriatrie nicht ausreichend gerecht. Ein Kooperationsmodell ist in der Praxis nur bei einer begleitenden Ausbildungsreform zielführend denkbar, was eine größere Umstrukturierung der Berufsordnungen bedeuten würde.

## 7) Konvergenzphase

- Die angedachte Konvergenzphase von fünf Jahren ist aus Sicht der Geriatrie ausreichend und sinnvoll.
- Die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen bauen auf ein besonders qualifiziertes Behandlungsteam auf und es bedarf keiner speziellen hochtechnischen Infrastruktur. Um somit die Grundlage für weitere Leistungsbereiche Geriatrie zu schaffen, müssen Qualifizierungsmaßnahmen erfolgen, die gut in der angesetzten zeitlichen Frist durchführbar sind.

Gern stehen wir für Fragen sowie einen weiteren Austausch zur Verfügung

Ansprechpartner:

 <p><b>BUNDESVERBAND GERIATRIE</b></p> <p><b>Bundesverband Geriatrie e. V.</b> Reinickendorfer Straße 61 Tel.: 030 / 3 39 88 76-10 Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de</p> <p>Dr. med. Michael Musolf, MBA Vorstandsvorsitzender, Chefarzt, Ev. Amalie Sieveking Krankenhaus Hamburg</p> <p>RA Dirk van den Heuvel – Geschäftsführer</p>	 <p><b>Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.</b> An der Wuhlheide 232 A Tel.: 030 / 52 13 72 75 geschaeftsstelle@dggeriatrie.de</p> <p>Prof. Dr. med. Rainer Wirth Präsident, Lehrstuhlinhaber an der Ruhr-Uni- versität Bochum, Direktor der Klinik für Alters- medizin und Frührehabilitation Marien Hospital Herne</p>
--	---

### **III) Faktenübersicht: Informationen zur heutigen Ausgangsbasis im Versorgungsbereich der Geriatrie:** (Auszug Weißbuch Geriatrie, Kohlhammer-Verlag, 4. Auflage 2023)

#### **1) Anzahl der Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen**

Die offiziell von Destatis veröffentlichte Anzahl an Geriatrien erscheint aufgrund eigener bundesweiter Erhebungen durch den Bundesverband Geriatrie e. V. als nicht ausreichend valide. Abzugrenzen ist die Anzahl an Geriatrien von eventuellen Angaben über Einrichtungen, die den OPS 8-550.- abrechnen. Diese publizierte Zahl ist kritisch zu diskutieren, da bei dieser Betrachtung kein Bezug zum Fachabteilungsschlüssel gem. § 21 KHEntgG hergestellt wird und die Datenbasis nicht mit anderen Abrechnungs- und Strukturdaten in Einklang zu bringen ist (Fallzahlen usw.).

Kliniken für Geriatrie	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis	Erhebung BVG	Destatis	Erhebung BVG
Bundesländer	2019	2019	2019	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
<b>Summe</b>	<b>358</b>	<b>476</b>	<b>19.137</b>	<b>23.297</b>

Abbildung 1: Übersicht der Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen in Deutschland (Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser 2019, Destatis 2019, Datenerhebung durch Bundesverband Geriatrie)

#### **2) Geriatriespezifische Bettenkapazitäten**

Auch hier wird die nicht konsistente Datenbasis deutlich. Eine grundsätzliche Orientierung hinsichtlich der Versorgungskapazitäten ist jedoch möglich.

Aufgestellte geriatrische Betten in Deutschland 2019 je Sektor und Destatis-Quelle	Quelle Destatis 2019		Differenz
	Krankenhaus-/Rehaverzeichnis	KR-1/VR-1-Statistiken	
Kliniken für Geriatrie	19.137	18.101	- 1.036
Geriatrische Rehabilitationskliniken	8.176	8.364	+ 188

Abbildung 2: Darstellung der Dateninkonsistenzen zwischen verschiedenen Destatis-Veröffentlichungen (Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2019, Destatis KR-1 und VR-1 Statistiken-2019)

	Betten				Veränd. '13 bis '17		Veränd. '18 bis '19	
	2013	2017	2018	2019	abs.	in %	abs.	in %
Augenheilkunde	4.666	4.416	4.350	4.219	- 250	- 5,4%	- 131	- 3,0%
Chirurgie (ohne Unfallchirurgie)	79.755	75.183	70.065	67.902	- 4.572	- 5,7%	- 2.163	- 3,1%
CH - Herz-/ Thoraxchirurgie	4.827	5.171	6.221	6.160	+ 344	+ 7,1%	- 61	- 1,0%
CH - Kinderchirurgie	1.842	1.740	1.675	1.592	- 102	- 5,5%	- 83	- 5,0%
CH - MKG	2.161	2.091	2.076	2.041	- 70	- 3,2%	- 35	- 1,7%
CH - Orthopädie/ Unfallchirurgie	48.289	46.763	41.152	40.381	- 1.526	- 3,2%	- 771	- 1,9%
CH - Plastische	1.954	1.969	1.878	1.936	+ 15	+ 0,8%	+ 58	+ 3,1%
Dermatologie	4.711	4.663	4.652	4.575	- 48	- 1,0%	- 77	- 1,7%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	32.226	29.055	25.846	25.039	- 3.171	- 9,8%	- 807	- 3,1%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	10.456	9.418	9.056	8.672	- 1.038	- 9,9%	- 384	- 4,2%
Innere Medizin	152.692	150.202	114.692	111.481	- 2.490	- 1,6%	- 3.211	- 2,8%
<b>Geriatric</b>	<b>14.182</b>	<b>18.121</b>	<b>17.414</b>	<b>18.101</b>	<b>+ 3.939</b>	<b>+ 27,8%</b>	<b>+ 687</b>	<b>+ 3,9%</b>
Kinderheilkunde	18.979	18.591	n.a.	n.a.	- 388	- 2,0%	n.a.	n.a.
Neurochirurgie	7.106	6.988	6.771	6.642	- 118	- 1,7%	- 129	- 1,9%
Neurologie	23.922	26.326	26.039	26.716	+ 2.404	+ 10,0%	+ 677	+ 2,6%
Nuklearmedizin	877	799	754	724	- 78	- 8,9%	- 30	- 4,0%
Strahlentherapie	2.997	2.791	2.582	2.489	- 206	- 6,9%	- 93	- 3,6%
Urologie	14.682	14.348	14.055	14.036	- 334	- 2,3%	- 19	- 0,1%
Sonstige Fachbereiche/Allgemeinbetten	4.294	4.603	6.931	6.481	+ 309	+ 7,2%	- 450	- 6,5%
KiJu-Psychiatrie/ -therapie	5.941	6.311	6.554	6.696	+ 370	+ 6,2%	+ 142	+ 2,2%
Psychiatrie und Psychotherapie	54.433	56.223	56.617	57.269	+ 1.790	+ 3,3%	+ 652	+ 1,2%
Psychotherapeutische Medizin	9.679	11.410	12.025	12.394	+ 1.731	+ 17,9%	+ 369	+ 3,1%
<b>Fachabt. Gesamt *</b>	<b>500.671</b>	<b>497.182</b>	<b>498.192</b>	<b>494.326</b>	<b>- 3.489</b>	<b>- 0,7%</b>	<b>- 3.866</b>	<b>- 0,8%</b>

\* bei der Fallzählung über alle Fachabteilungen werden die Fälle nur einmal gezählt, auch wenn der Patient in mehreren Fachabteilungen aufgenommen wurde (interne Verlegungen). Daher entsprechen die Fälle "Fachabt. Gesamt" nicht der Summe der Einzelwerte.

Abbildung 3: Entwicklung von Fallzahlen, Krankenhaushäufigkeit und Bettenkapazitäten in den somatischen Fachdisziplinen im Krankenhaus 2013-2019 (Quelle: Destatis KR-1 Statistik)

### 3) Top 10 Hauptdiagnosen in der Geriatrie

§ 109 SGB V	ICD	Bezeichnung	Prozentanteil
vollstationär	S72	Fraktur des Femurs	16,19
	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	6,45
	I50	Herzinsuffizienz	6,25
	S32	Fraktur der Lendenwirbelsäule und des Beckens	5,70
	I63	Hirnfarkt	5,03
	E86	Volumenmangel	2,47
	S42	Fraktur im Bereich der Schulter und des Oberarmes	2,31
	S22	Fraktur der Rippe(n), des Sternums und der Brustwirbelsäule	1,86
	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet	1,62
	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1,49

Abbildung 4: Hauptdiagnosen – Top 10 2022 eigene Darstellung basierend auf: Bundesverband Geriatrie e. V. (2022): Auswertung Gemidas® Pro 1. bis 3. Quartal 2022

#### 4) Übersichtskarte zur klinischen Versorgung im Bereich Geriatrie

Kliniken für Geriatrie im 25-Minuten-Fahrtzeitradius

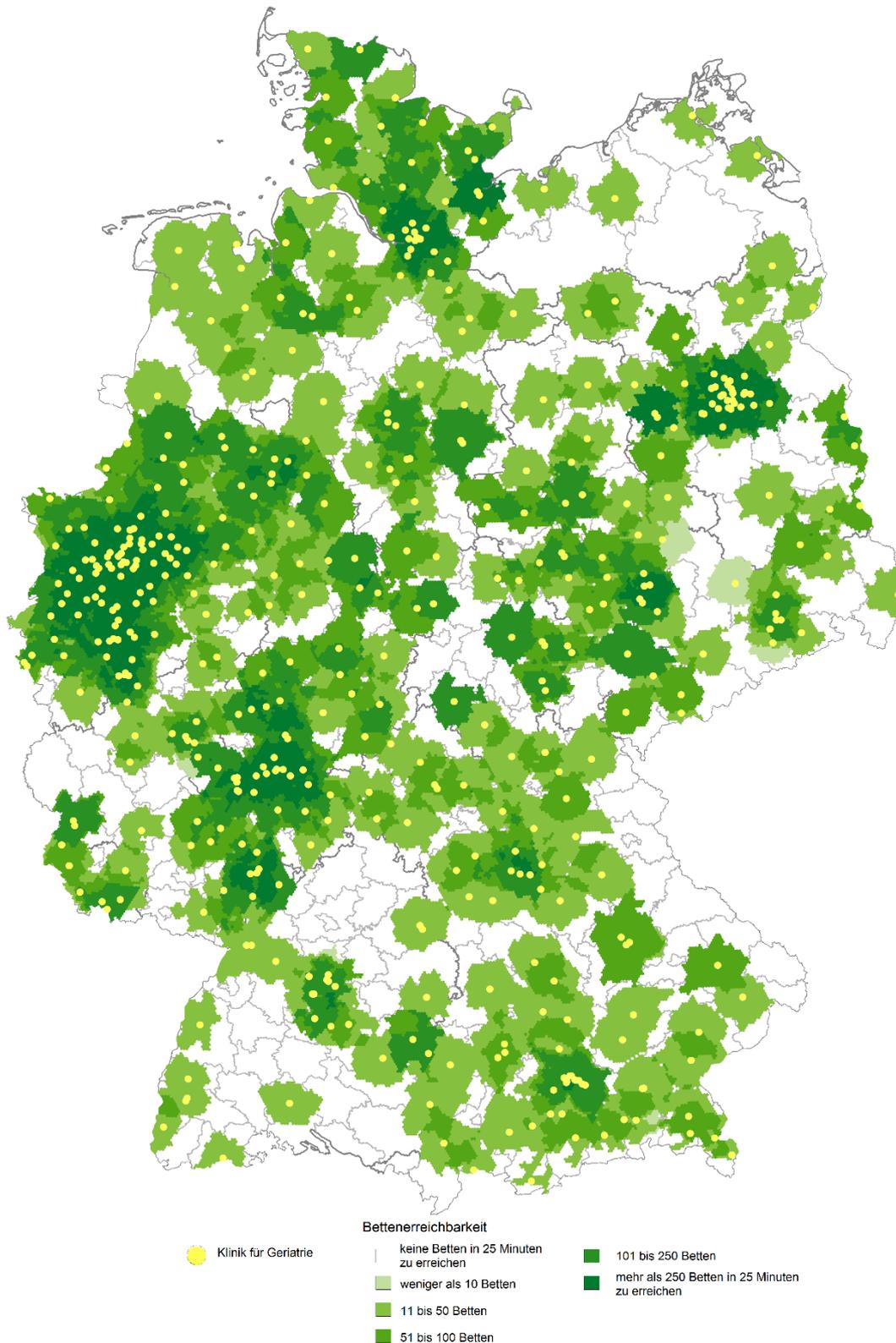


Abbildung 5: Wohnortnahe Erreichbarkeit (25 Minuten Fahrtzeit) geriatrischer Abteilungen in Krankenhäusern in Deutschland (Eigene Darstellung; Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser 2019, veröffentlicht von Destatis 2020; Strukturdatenerhebung Bundesverband Geriatrie 2021)

Kliniken für Geriatrie und geriatrische Rehabilitationskliniken  
 Bevölkerung absolut ab 70 Jahren

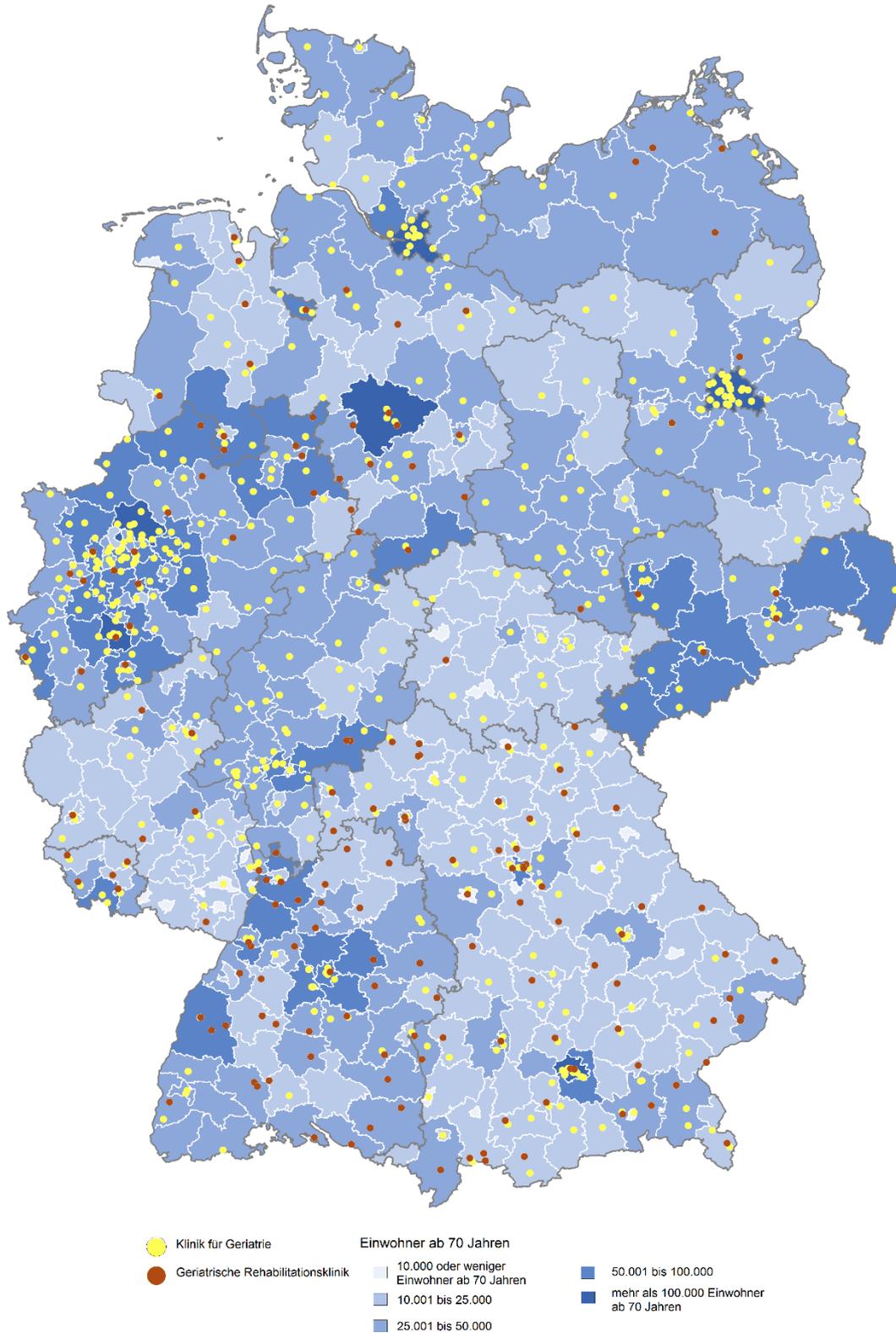


Abbildung 6: Krankenhaus und Reha-Einrichtungen der Geriatrie und Bevölkerung ab 70 Jahren in Deutschland (Eigene Darstellung; Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2019, veröffentlicht von Destatis 2020; Strukturdatenerhebung Bundesverband Geriatrie 2021)