
I. Zentrale Positionen des Bundesverbandes Geriatrie zur Krankenhausreform

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt die Neugestaltung des Krankenhauswesens und die dafür am 10. Juli 2023 vorgelegten Eckpunkte zur weiteren Konkretisierung der Reform. Ergänzend zum gemeinsamen Positionspapier des Bundesverbandes Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie vom März 2023 zur Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung weisen wir noch einmal auf folgende zentrale Punkte für eine sachgerechte Versorgung betagter und hochbetagter Menschen hin:

→ Geriatrie gehört zur Grund- und Regelversorgung

Der Versorgungsbedarf betagter und hochbetagter Menschen in Krankenhäusern wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter stark steigen. Daher bedarf es eines regelhaften und flächendeckenden Angebots von stationären geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen an Krankenhäusern.

→ Geriatrie muss auf jedem Krankenhaus-Versorgungslevel (In bis IIIU) abgebildet sein

Aufgrund der geriatritypischen Multimorbidität bzw. Gebrechlichkeit muss sichergestellt sein, dass bei einer akutmedizinischen Versorgung eines betagten bzw. hochbetagten Menschen jeder behandelnde Indikationsbereich unmittelbar mit dem Fachbereich Geriatrie medizinisch-fachlich und organisatorisch-strukturell zusammenarbeiten kann. Dies ist nur effizient möglich, wenn Geriatrien als eigenständige Leistungsbereiche auch auf Level II und III regelhaft für die Übernahme der Patientinnen und Patienten bzw. zur Kooperation zu Verfügung stehen.

→ Sachgerechte Abbildung altersmedizinischer Leistungen im Leistungsbereich Geriatrie

Das Behandlungsspektrum der Geriatrie muss sachgerecht und umfassend bei der Definition der Leistungsgruppe erfasst werden. 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. Im NRW-Konzept werden der Geriatrie daher u. a. Behandlungskapazitäten der Leistungsgruppe „Allgemeine Innere Medizin“ prozentual zugerechnet.

Die erstmalige Definition der Leistungsgruppen und deren Qualitätskriterien soll laut Eckpunktepapier auf der Grundlage der in NRW eingeführten Leistungsgruppen erfolgen. Somit muss es auch im Rahmen der bundesweiten Krankenhausreform diese Regelung verbindlich geben. Sachgerecht wäre es, wenn der Leistungsbereich Geriatrie zukünftig berechtigt wäre, die geplante Leistungsgruppe „Basisbehandlung Allgemeine Innere Medizin“ vollständig zu erbringen. In Analogie zum NRW-Konzept darf dabei die Erfüllung der über die Anforderungen der Leistungsgruppe „Geriatrie“ hinausgehenden Mindestanforderungen nicht gefordert werden.

→ Zukünftige Versorgungsstrukturen richten sich nach dem Bedarf

Die Arbeit in der Geriatrie ist stark teamorientiert, da die Versorgung der multimorbiden betagten und hochbetagten Menschen regelhaft durch ein multiprofessionelles Behandlungsteam erfolgt. Somit wirkt sich der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen in der Geriatrie gleich mehrfach, d. h. sowohl im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich aus. Im Bereich der Pflege besteht zudem ein besonderer Bedarf an entsprechend qualifizierten Pflegekräften, um das Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie entsprechend umsetzen zu können.

Im ärztlichen Bereich besteht ein besonderes Defizit hinsichtlich der Verfügbarkeit von Geriaterinnen und Geriatern, d. h. von altersmedizinisch aus- bzw. fortgebildeten Ärztinnen und Ärzten. Da es in Deutschland keinen flächendeckenden Facharzt für Geriatrie gibt, wird diese Thematik in den entsprechenden Statistiken der Ärzteschaft nur unzureichend abgebildet.

Die Gestaltung der zukünftigen Versorgungsstrukturen muss sich dennoch nach dem demografiebedingt ansteigenden Versorgungsbedarf der Bevölkerung richten und darf nicht auf Basis der gegenwärtig verfügbaren altersmedizinisch qualifizierten Fachkräfte ausgerichtet werden. Anderenfalls kommt es zu einer Unterversorgung. Vor diesem Hintergrund sind eine separate Förderung und eine entsprechende Ausbildungsoffensive erforderlich. Zudem ist die Einführung eines Facharztes sinnvoll, um der gewachsenen Bedeutung der Geriatrie gerecht zu werden.

→ Sachgerechte Verteilung des Vorhaltebudgets bei steigenden Fallzahlen

Das Vorhaltebudget wird u.a. nach der Zahl der Fälle auf die Krankenhausstandorte aufgeteilt. Dabei ist allerdings zu beachten, dass es sich nicht um die Zahl der Fälle handelt, die in dem betreffenden Jahr versorgt werden, sondern um die Zahl der Fälle eines länger zurückliegenden Zeitraums. Die Einstufung wird zunächst nach zwei Jahren und danach alle drei Jahre überprüft. Sofern sich die Fallzahl in einem Korridor von +/- 20 Prozent verändert, hat dies keine Auswirkungen auf die Einstufung bezüglich der Fallzahl.

Sofern es zu deutlichen Fallzahlensteigerungen kommt, ist der Dreijahreszeitraum zu lang, da die Kliniken die entsprechenden Mehraufwendungen erst nach drei Jahren finanziert bekommen. Zudem ist keine rückwirkende Refinanzierung dieser in dem Intervall geleisteten Aufwendungen vorgesehen. Eine Finanzierung der Kosten erfolgt erst ab dem Beginn des neuen Intervallzeitraums. Seit 2005 ist die Fallzahl des OPS 8-550.- im Durchschnitt jährlich um 7 Prozent gestiegen. Dies würde über drei Jahre ein nicht refinanziertes Defizit im Vorhaltevolumen von 21 Prozent aus machen. Es ist nicht absehbar, wie ein fester Korridor von +/- 20 Prozent sachgerecht auf die erwartbare demografiebedingte Fallzahlsteigerungen reagieren kann.

→ Einbindung der Geriatrie in Forschung und Lehre

Insbesondere vor dem Hintergrund der herausragenden zukünftigen versorgungspolitischen Bedeutung der Geriatrie muss die Altersmedizin sowohl bei der ärztlichen Ausbildung als auch im Rahmen von Forschung und Lehre in die entsprechenden Strukturen und (Forschungs-)Projekte regelhaft eingebunden sein. Dies umfasst insbesondere die Level III und Level IIIU Häuser.

→ Etablierung von Ambulanten Geriatrischen Zentren (AGZ) in Level-Ii-Krankenhäusern

Neben der regelhaften Verortung der Geriatrie in der vollstationären Versorgung auf Level In bis IIIU ist selbstverständlich eine Fortführung bzw. ein flächendeckender Ausbau der sog. teilstationären geriatrischen Versorgung notwendig. Hier schlägt der BV Geriatrie eine An- bzw. Einbindung des Konzeptes der Ambulanten Geriatrischen Zentren (AGZ) an bzw. in die Level-Ii-Krankenhäuser vor. Dies ermöglicht zudem eine echte sektorenübergreifende geriatrispezifische Versorgung und berücksichtigt darüber hinaus die notwendigen rehabilitativen Aspekte.

Gleichwohl kann durch die in den Eckpunkten gewählte Formulierung (Abschnitt 5.4 Leistungsgegenstand) der Eindruck entstehen, dass die stationäre Geriatrie zukünftig – vorrangig oder ausschließlich – auf Ebene der sogenannten Level Ii-Häuser angesiedelt werden soll. Der Bundesverband Geriatrie geht nicht davon aus, dass dies das Ziel der Reform ist, sondern dass es sich vielmehr um ein Redaktionsversehen handelt. Dies wird u. a. durch die Festlegung einer Leistungsgruppe Geriatrie deutlich. Zudem ist auch in NRW, welches die Blaupause zur Reform liefert, die stationäre Geriatrie richtigerweise unmittelbar am Krankenhaus verortet.

II. Offene Fragestellungen des Bundesverbandes Geriatrie zur Umsetzung der Krankenhausreform

Aus dem Eckpunkt Papier ergeben sich neue Fragen bzw. es werden nicht alle Themenbereiche abschließend erläutert. Aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie ergeben sich insbesondere die nachfolgend aufgeführten Fragen.

Geriatrispezifische Fragen:

- Wie erfolgt die **sachgerechte Fallzuordnung in die Geriatrie, wenn der heutige „Behandlungsbedarf“ durch verschiedene Fachabteilungen erfüllt wird und damit zukünftig mehrere Leistungsgruppen angesprochen werden?**

Aufgrund der Multimorbidität und der hohen Vulnerabilität haben geriatrische Patientinnen und Patienten einen komplexeren Behandlungsbedarf und erfüllen häufig die Definition mehrerer Leistungsgruppen z. B. Patientin/ Patient der Geriatrie mit kardiologischem Eingriff wurde auch intensivmedizinisch und/oder als Notfall versorgt.

- Welche **geriatrispezifischen Bedingungen kommen neben dem OPS 8-550 zur sachgerechten Fallzuordnung zur Leistungsgruppe der Geriatrie** zum Einsatz?

- Wie erfolgt **die sachgerechte Kalkulation von tatsächlichen Vorhaltekosten bei Fallpauschalen mit Vorhalteanteilen aus mehreren Leistungsgruppen?**

Da geriatrische Patientinnen und Patienten mehreren Leistungsgruppen zugeordnet werden können, spielt bei der Vergütung nicht nur die Definition der Leistungsgruppe, sondern auch ihre Sortierung/Abfragelogik eine entscheidende Rolle. Würde z. B. die Leistungsgruppe Kardiologie vor der Leistungsgruppe Geriatrie abgefragt, beinhalten die Vorhaltekosten der kardiologischen Eingriffe auch Anteile der Geriatrie.

-
- Wie werden **im Falle von Kondensationen bzw. dem Wegfall von Fallpauschalen die betroffenen Fälle den Leistungsgruppen sachgerecht zugeordnet?**

Die Ausgliederung der Vorhaltekosten führt zu einer Reduktion der durchschnittlichen Fallkosten innerhalb einer Fallpauschale, was im Ergebnis zu einer Absenkung der Bewertungsrelation führt. Nach Ausgliederung der Vorhaltekostenanteile kann es daher zu Kondensationen und dem Wegfall von Fallpauschalen kommen. Bereits nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System war die Geriatrie von diesen systembedingten Reduktionen betroffen.

- Welche **verwandten Leistungsgruppen sind im Bereich der Geriatrie** geplant und wie bzw. durch wen werden diese perspektivisch weiterentwickelt?
- Wie ist die **„spezielle Traumatologie“ definiert** und welcher Leistungsrahmen liegt dieser Leistungsgruppe zu Grunde?
- Wie kann die retrospektive Betrachtungsweise der Vorhaltefinanzierung **auf die erwartbare demografiebedingte Fallzahlsteigerungen in der Geriatrie reagieren, wenn keine Erhöhung des Erlösvolumens geplant ist?**

Grundlage für die Festlegung der Vorhalteanteile und Vorhaltebudgets pro Leistungsgruppe auf Landesebene soll die bisher für eine Leistungsgruppe ausgezahlte Gesamtvergütung der Jahre 2022 und 2023 sein. Bezugsgröße für die Berechnung des Vorhalteanteils und des Vorhaltebudgets pro Leistungsgruppe soll somit nicht das Erlösvolumen des kommenden oder jeweils laufenden Jahres sein, sondern ein Zeitraum der Vergangenheit.

- Fließen **geleistete Corona-Ausgleichszahlungen mit in das Vorhaltevolumen ein**, um pandemiebedingten Veränderungen in den entsprechenden Bezugsjahren Rechnung zu tragen?

Insbesondere auf den geriatrischen Stationen wurden während der Coronapandemie – deren Zeitraum zum Teil in die geplanten Basisjahre fällt – pandemiebedingt vielfach Versorgungskapazitäten reduziert.

- Wie kann ein **retrospektives Vorhaltebudget auf die aktuellen Tarif- und Inflationsentwicklungen** reagieren?

Durch die Zielsetzung, durch Frührehabilitation die Wiedergewinnung und Verbesserung der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen und Verhinderung von (Schwerst-)Pflegebefürftigkeit zu erreichen, ist die Geriatrie zwangsläufig sehr personalintensiv.

- Welche **Ausnahmetatbestände zur Festlegung der Fallzahlen** sind vorgesehen, wenn die Basisjahre die aktuelle bzw. zukünftige Versorgungssituation nicht repräsentativ widerspiegeln können?

Der geriatrische Versorgungsbedarf wird in Anbetracht der demografischen Entwicklung zukünftig weiter steigen. Deshalb wird in der Geriatrie analog zum NRW-Modell eine Reduktion der Leistungserbringer nicht angestrebt. Aufgrund der Coronapandemie sowie des Personalmangels sind die geriatrispezifischen Kapazitäten in den letzten Jahren jedoch entgegen der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung gesunken (2020 -15,68% und 2021 -2,19%).

Allgemeine Fragen:

- Was sind etablierte und qualitativ hochwertige Netzwerkstrukturen, die laut Eckpunktepapier bei der Einhaltung der Qualitätsanforderungen vertraglich vereinbarter Kooperationen und Verbände berücksichtigt werden können?
- Auf welchen medizinischen Grundlagen soll in der Definition der Leistungsgruppen festgelegt werden, welche Kooperationsmöglichkeiten bzw. Verbundlösungen möglich und sinnvoll sein können und wer legt diese fest?
- Welche Vorhaltekostenanteile gehören definitorisch zum Vorhaltebudget?
- Die Vorhalteanteile und die Vorhaltebudgets sollen auf Grundlage der Daten eines Zeitraums berechnet und bemessen werden, der vor der Umstellung auf das 2-Säulen-Modell liegt. Fließen die Basisfallwerterhöhungen der Basisjahre in das Vorhaltevolumen ein?
- Zusätzliche Zuschläge sollen zur Erbringung koordinierender und vernetzender Aufgaben durch Universitätskliniken oder andere hierzu geeignete Versorger geleistet werden. Wie sind koordinierende und vernetzende Aufgaben definiert und welche Kriterien gelten in diesem Zusammenhang?
- Welche zusätzlichen Mittel werden zur Finanzierung dieser Zuschläge zur Verfügung gestellt?
- Wie soll die rechnerische Einstufung der Krankenhäuser praktisch erfolgen?
- Sind bei starken Fallzahlschwankungen Mehr- bzw. Mindererlösausgleiche geplant?
- Den Ländern sollen vergütungsneutrale Ausnahmetatbestände eingeräumt werden, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten oder eine Anpassung der Kliniken an die Qualitätsvorgaben zu ermöglichen. Wie ist die bundeseinheitliche Definition dieser vergütungsneutralen Ausnahmetatbestände?
- Wie ist die praxistaugliche Definition der Fachkliniken unter Beachtung indikationsspezifischer Besonderheiten?
- Wie ist der relevante Umfang zur Behandlung im Spezialisierungsbereich definiert?
- Wie ist der bundesweite Leistungsrahmen der Level II-Krankenhäuser?
- Wie sind die bundeseinheitlichen Kriterien zur Ausgestaltung der Entscheidungsspielräume der Länder?

Bundesverband Geriatrie e. V.
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: +49 (0) 30 / 3 39 88 76-10
Geschaeftsstelle@bv-geriatrie.de