

1 Einleitung

2010 erschien das Weißbuch Geriatrie erstmalig als umfassendes Kompendium zur Situation der Geriatrie in Deutschland. Ziel war es, den speziellen Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten darzustellen und gleichzeitig einen objektiven Überblick über die geriatrischen Strukturen in Deutschland und die zu erwartenden bzw. notwendigen Entwicklungen in der Geriatrie zu geben.

Seit 2010 hat sich die Diskussion über den geriatrischen Patienten und adäquate Versorgungsstrukturen deutlich weiterentwickelt. Hierzu hat das Weißbuch Geriatrie wichtige, richtungsweisende Impulse gegeben:

Die gesellschaftlichen Herausforderungen, die mit einer immer älteren Bevölkerung, sich verändernden familiären Bindungen bzw. familiären Versorgungsstrukturen und sich wandelnden Ansprüchen an die Lebensphase »Alter« einhergehen, wachsen und werden ein zentrales Zukunftsthema für Deutschland. Dies fokussiert sich sowohl auf den Aspekt der persönlichen Lebensqualität im Sinne der persönlichen Teilhabe als auch auf die gesundheitsökonomischen Effekte einer möglichst hohen und lang anhaltenden Selbstständigkeit sowie die Verhinderung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit. Eben dies ist deckungsgleich mit den ganzheitlichen Behandlungszielen der Geriatrie.

Die Geriatrie als die »medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst«¹, wird daher als solche in der politischen Ausgestaltung der Versorgungslandschaft akzeptiert und gefördert. Die Notwendigkeit sektorenübergreifender geriatriespezifischer Therapieplanung und -durchführung wird allgemein anerkannt und in entsprechende Versorgungskonzepte übertragen.

Gleichzeitig aber ist insbesondere durch Anreize der Vergütungssysteme, vor allem im fallpauschalierenden Entgeltsystem der Krankenhäuser, ein Wettbewerb um den geriatrischen Patienten entstanden. Hier gilt es, für die Zukunft sicherzustellen, dass die Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf auch tatsächlich in einer leistungsfähigen Infrastruktur und mit Therapieangeboten versorgt werden, die ihren speziellen Erfordernissen vollumfänglich entsprechen.

Der geriatrische Patient braucht die Geriatrie. Diese logische Formel setzt eine vertiefende Diskussion und Klärung zur Ausgestaltung von Kooperationen mit anderen medizinischen Fachdisziplinen sowie zu einer Abgrenzung von den fachmedizinischen Aspekten der Behandlung alter Menschen voraus.

Die Neuauflage des Weißbuchs will diese Diskussion versachlichen und vorantreiben. Im Mittelpunkt steht dabei natürlich der geriatrische Patient. Dessen Bedürfnisse müssen die Richtschnur für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen sein. Die Praxis zeigt, dass die spezifische Zielsetzung der Geriatrie und des daraus folgenden Behandlungsansatzes sowie

1 Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), Kopenhagen, verabschiedet am 6. September 2008.

die entwickelten Strukturen eine eigenständige, spezialisierte Leistungsfähigkeit darstellen. Dieser Perspektive und der zukünftigen Weiterentwicklung der Leistungsfähigkeit der Geriatrie wird im Hinblick auf den skizzierten Klärungsbedarf in der Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie ein besonderes Gewicht verliehen.

Die aktuell anstehenden Reformen im Gesundheitswesen werden die Versorgungslandschaft deutlich prägen und verändern, insbesondere im Hinblick auf den Stellenwert von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Da zum Redaktionsschluss Herbst 2015 das Gesetzgebungsverfahren zum Krankenhausstrukturgesetz und zur Pflegereform noch nicht abgeschlossen war, hat sich der Bundesverband Geriatrie entschlossen, die Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie in zwei Bänden herauszugeben.

Band I stellt in umfassenden Datenanalysen auf Basis der aktuell verfügbaren Daten (Destatis Stand 2013, eigene Erhebung mit Stand 2015) die Entwicklung der Versorgungsstrukturen und des zukünftigen Versorgungsbedarfs in Deutschland sowie zentrale ökonomische Effekte der Geriatrie vor. Bei der in der Gesetzgebung vorgesehenen Ausgestaltung durch die Selbstverwaltungspartner soll dieser Band eine fundierte Datenbasis für die notwendigen, sachgerechten Entscheidungsfindungen bieten.

Band II mit dem Titel »Demografie und Geriatrie – Versorgungspolitisches Konzept und Finanzierung« soll im Jahr 2017 erscheinen. Schwerpunkte werden die Herausforderungen der demografischen Entwicklung in Deutschland und die Antworten der Geriatrie auf die notwendigen inhaltlichen Weiterentwicklungen der geriatrischen Versorgungsstrukturen sein. Letztere umfassen insbesondere den Geriatischen Versorgungsverbund, die sektorenübergreifende Ausgestaltung der geriatrischen Behandlungskonzepte sowie Kooperationen und Abgrenzungen zu anderen Fragestellungen der medizinischen Behandlungen betagter Menschen.

2 Der geriatrische Patient im Mittelpunkt

Ein Optimum an Lebensqualität, Selbstbestimmtheit der Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben: Der ältere Mensch ist aufgrund seiner altersbedingten Lebenssituation, die oftmals geprägt ist durch eine eingeschränkte körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit und latente oder bereits manifeste Funktionseinschränkungen, gefährdet, diese gesellschaftlichen Grundrechte im Hinblick auf seine individuellen Potenziale nicht mehr wahren zu können. Diese Gefahr steigt in dem Maße, wie zu altersbedingten Veränderungen und ggf. vorhandenen chronischen Erkrankungen akute Krankheitsereignisse hinzukommen.

Auch die persönliche Lebenssituation ist in diesem Zusammenhang für den älteren Menschen von entscheidender Bedeutung. Sein sozialer Kontext, die familiären Strukturen oder auch die Wohnsituation sind Faktoren, die bei der Bewältigung von Krankheitssituationen bzw. einer sich aus der Gesamtsituation ergebenden Fragilität wesentlich die Lebensqualität, Selbstbestimmtheit und Teilhabe beeinflussen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich die medizinische Behandlung älterer Menschen nicht ausschließlich auf ein akutes Krankheitsbild fokussiert, sondern die Gesamtkonstellation des Gesundheitszustandes, die Funktionsfähigkeit im Hinblick auf eine möglichst selbstständige Lebensführung und in diesem Zusammenhang auch den sozialen Kontext erfasst, bewertet und in ein umfassendes Behandlungskonzept einfließen lässt.

Dieser Aufgabe widmet sich die Geriatrie. Als medizinische Spezialdisziplin, die sich aus dem besonderen Behandlungsbedarf älterer Menschen entwickelt hat, erarbeitet sie Instrumente zur Identifikation des individuellen Therapieansatzes sowie umfassende Behandlungsziele und -strategien. Letztlich folgert aus dieser Auseinandersetzung mit dem spezifischen Behandlungsbedarf älterer Menschen die Definition des geriatrischen Patienten², der gekennzeichnet ist durch:

- Vorrangige geriatrietypische Multimorbidität
- Höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter)
- Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen
- Chronische Erkrankungen mit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Erhöhtes Risiko des Verlustes von Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Insbesondere Hochbetagte ab dem 80. Lebensjahr weisen die oben genannten Ausprägungen einer erhöhten Vulnerabilität (Gebrechlichkeit, *frailty*) auf. Die UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) führt zu dieser Definition des geriatrischen Patienten weiter aus:

»Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach

2 Vgl. die Definition des geriatrischen Patienten gemäß der gemeinsamen Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V., der deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen, dem heutigen Bundesverband Geriatrie e.V.

2 Der geriatrische Patient im Mittelpunkt

(gleichzeitiger) sozialer Unterstützung. Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.»³

Diese Kriterien sind bei der definitorischen Abgrenzung des geriatrischen Patienten und seines spezifischen Behandlungsbedarfs zu anderen Fachdisziplinen, in denen ebenfalls ältere Menschen behandelt werden, anzuwenden.

Wird dieser spezifische Bedarf im Rahmen einer medizinischen Behandlung älterer Menschen nicht angemessen erkannt und in die Therapieplanung einbezogen, besteht die Gefahr, dass sich ein umfassender Behandlungserfolg, der auch vom Patienten hinsichtlich seiner Lebensqualität als solcher wahrgenommen werden kann, nicht einstellt.

Daher soll die Definition des geriatrischen Patienten nicht die sich aus der Multimorbidität oder einem akuten Krankheitsereignis ergebende fachmedizinische (Mit-)Behandlung anderer Disziplinen ausschließen, sondern vielmehr verdeutlichen, dass der Geriater die oftmals interdisziplinäre und intersektorale fachmedizinische Therapie im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes zu koordinieren hat.

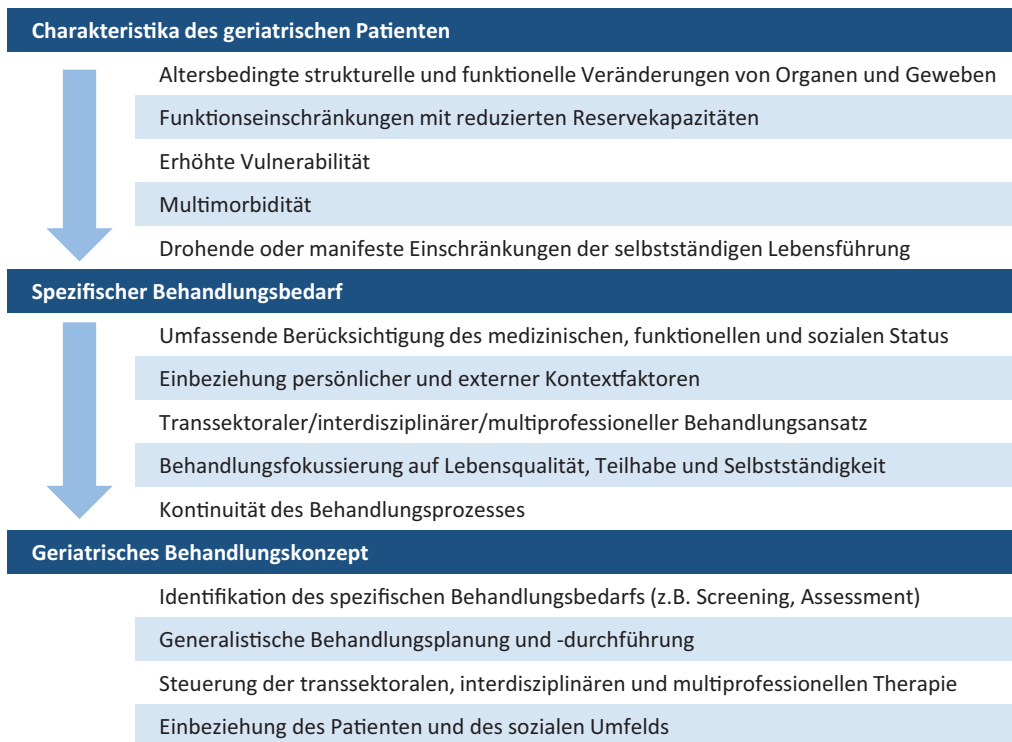


Abb. 1: Spezifika des geriatrischen Patienten und das adaptierte geriatrische Behandlungskonzept (Darstellung in Anlehnung an Lübke 2005, S. I 36)

3 Vgl. die Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), Kopenhagen, verabschiedet am 6. September 2008

Die Definition des geriatrischen Patienten ist daher im Sinne einer am Bedarf orientierten Versorgung nicht als tatsächliche Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen zu verstehen. Deutlich wird aber, dass auf der Grundlage der Charakteristika des geriatrischen Patienten der spezifische Behandlungsbedarf als solcher zu identifizieren ist und es den Geriater als Spezialisten braucht, um, falls erforderlich, weiteres fachmedizinisches Spezialwissen in das geriatrische Behandlungskonzept zu integrieren.

Die Abbildung 1 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen den Charakteristika des geriatrischen Patienten, seinem spezifischen Behandlungsbedarf und dem sich daraus entwickelnden geriatrischen Behandlungskonzept.

Diesem Versorgungsanspruch wird die derzeitige Situation in der Akut- und Rehabilitationsmedizin nicht vollständig gerecht. Ein großer Teil der Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf wird nicht als solcher erkannt und behandelt. Dies kann für den geriatrischen Patienten gravierende Nachteile hinsichtlich des Behandlungserfolgs und seiner weiteren Lebensführung verursachen.

Beispiele hierfür sind:

- Ein unzureichendes initiales Screening führt zu einer unvollständigen Erhebung (Assessment) des individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Risikopotenzials des älteren Patienten. Hieraus ergibt sich eine unvollständige Therapieplanung, die wesentliche, den Therapieerfolg gefährdende Faktoren unberücksichtigt lässt.
- Eine unzureichende Berücksichtigung des (früh-)rehabilitativen Behandlungsbedarfs während der Akutphase eines Krankheitsgeschehens birgt die Gefahr einer einseitigen Fokussierung oder seriellen Therapieplanung. Rehabilitationspotenziale gehen verloren bzw. werden verspätet oder nicht gefördert.
- Gleiches gilt bei einer nicht auf Multimorbidität abgestellten Therapieplanung. Erfolgt diese nicht patientenindividualisiert und interdisziplinär koordiniert, besteht die Gefahr, dass therapeutische Wechselwirkungen im fachspezifischen Kontext nicht berücksichtigt werden oder dass akutmedizinisch notwendige Interventionen zum falschen Zeitpunkt stattfinden.
- Im Bereich der indikationsspezifischen Rehabilitation werden bei geriatrischen Patienten zumeist nicht alle individuell vorhandenen Ressourcen und Rehabilitationspotenziale erkannt und bleiben daher ungenutzt. Der Patient erreicht in diesem Fall nicht den Grad an Selbstständigkeit, der bei einer spezifischen, auf den geriatrischen Patienten abgestimmten rehabilitativen Behandlung möglich wäre.

Diese Beispiele zeigen, dass die Definition des geriatrischen Patienten und einer somit möglichen gezielteren Identifikation dieser Patientengruppe keinem Selbstzweck folgt. Sie ist die Grundlage, möglichst vielen älteren Menschen mit einem geriatrischen Versorgungsbedarf den Zugang zu entsprechenden fachspezifischen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und eine fachlich indizierte, bedarfsgerechte und somit bestmögliche Behandlung sicherzustellen.

Die im Weißbuch Geriatrie 2010 durchgeführten umfassenden Analysen zur Definition des geriatrischen Patienten belegen die Spezifität des Versorgungsbedarfs⁴. Die Multimorbidität geriatrischer Patienten ist in der hohen Anzahl an Nebendiagnosen dokumentiert; Funktionseinschränkungen zeigen sich in dem in der Geriatrie bei der Patientenaufnahme erhobenen, in der Regel niedrigen Barthel-Index. Weitere Indikatoren, z. B. zur Mobilität (Timed-Up & Go-Test), zur Pflegebedürftigkeit oder zu kognitiven Leistungen werden im Rahmen des geria-

4 Vgl. Weißbuch Geriatrie 2010, S. 72ff.

trischen Assessments zur Analyse des Behandlungsbedarfs und als Zielindikatoren zur Sicherung des Behandlungsverlaufs herangezogen.

Erst der umfassende Einsatz dieser funktionsbezogenen Analyseinstrumente, die Berücksichtigung des individuellen sozialen Kontextes im Zusammenhang mit der medizinischen Anamnese und Diagnostik durch die gemeinsam agierenden Professionen des geriatrischen Teams ergeben ein vollständiges Bild zum patientenindividuellen Versorgungsbedarf und bewirken ein umfassendes Behandlungskonzept.

Schließlich ist diese konzeptionelle Basis der geriatrischen Versorgung auch der Schlüssel für die anzustrebende Behandlungsqualität. Dieser Sachverhalt wird im 2. Band der Neuauflage des Weißbuchs Geriatrie einen zentralen Stellenwert einnehmen. Gleichwohl sind diese konzeptionellen Charakteristika der Geriatrie auch Grundlage der folgenden Darstellungen der Versorgungsstrukturen, ihrer Inanspruchnahme und den prognostizierten Entwicklungspotenzialen und -erfordernissen der geriatrischen Versorgung in Deutschland.

3 Strukturen, Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Geriatrie

3.1 Vorbemerkungen zur Datengrundlage

Primäre Grundlage für die Darstellungen und Analysen zur Entwicklung der Versorgungsstrukturen und der Leistungsentwicklung sind die offiziellen Datenquellen des Statistischen Bundesamtes im »Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland« (Stand 31.12.2013). Erneut waren zu einer sachrichtigen Darstellung der Versorgungsstrukturen umfassende Datenkorrekturen hinsichtlich der in den amtlichen Statistiken geführten Einrichtungen und Kapazitäten und den tatsächlich verfügbaren Strukturen durch den Bundesverband notwendig und werden in den nachfolgenden Tabellen und Grafiken jeweils kenntlich gemacht.

Diese Korrekturen waren für die Strukturdaten uneingeschränkt für die Angaben aller Bundesländer möglich. Hierzu wurden die verschiedenen verfügbaren Daten zusammengeführt (Destatis, Informationen von Landesministerien, Daten verschiedener Krankenkassen, Internet- bzw. Telefonrecherche, Mitgliederverzeichnis des Bundesverbandes) und von den Landesverbänden des Bundesverbandes kontrolliert bzw. ergänzt. Da es kein offizielles »Gesamtverzeichnis« aller Geriatrien in Deutschland gibt und der Begriff »Geriatrie« keinem gesetzlichen Schutz unterliegt, kann – systemimmanent – nie eine abschließende Erfassung aller Geriatrien erfolgen. Gleichwohl kann aufgrund der breiten Datenerfassung von einer bestmöglichen Abbildung der Versorgungssituation ausgegangen werden.

Die retrospektive Vervollständigung der Leistungsdaten (Fallzahlen, Belegungstage etc.) des Beobachtungszeitraums 2007–2013 durch den Bundesverband Geriatrie in Analogie zur Datenerhebung des Statistischen Bundesamtes konnte jedoch nicht für alle Bundesländer konsistent geleistet werden, sodass für diesbezügliche Auswertungen zur Wahrung der Vergleichbarkeit auf die z.T. unvollständigen, d. h. in der Regel zu niedrigen offiziellen Daten zurückgegriffen werden musste. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist dies stets einschränkend zu berücksichtigen.

3.2 Versorgungsstrukturen der Geriatrie und deren Inanspruchnahme

Geriatrie im Krankenhaus

Das Statistische Bundesamt führt für das Jahr 2013 insgesamt 274 Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen und einer Gesamtkapazität von 13.984 Krankenhausbetten. Die in 2015 durchgeführte Erhebung des Bundesverbandes Geriatrie weicht hiervon mehr als deutlich ab; die Ergänzungen sind der Abbildung 2 zu entnehmen.

Krankenhäuser Bundesländer	Anzahl Einrichtungen		Anzahl Betten	
	Destatis	Abfrage BVG	Destatis	Abfrage BVG
	2013	2015	2013	2015
Baden-Württemberg	10	20	447	764
Bayern	43	63	1.093	1.610
Berlin	21	22	1.389	1.550
Brandenburg	14	23	862	1.142
Bremen	4	4	240	244
Hamburg	10	11	947	994
Hessen	29	38	1.532	2.030
Mecklenburg-Vorpommern	0	9	0	254
Niedersachsen	15	40	512	1.184
Nordrhein-Westfalen	77	95	4.295	5.067
Rheinland-Pfalz	7	18	349	545
Saarland	3	3	138	153
Sachsen	10	19	279	533
Sachsen-Anhalt	9	19	428	669
Schleswig-Holstein	15	15	903	1.033
Thüringen	7	7	570	587
Summe	274	406	13.984	18.359

Abb. 2: Übersicht der Krankenhäuser mit geriatrischen Fachabteilungen in Deutschland (Quelle: Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2013, Statistisches Bundesamt 2015, Ergänzungen des Bundesverbandes Geriatrie, Datenerhebung 2015)

Die nachfolgende Darstellung der Entwicklung der wesentlichen Parameter zur Struktur- und Leistungsentwicklung der Geriatrie im Krankenhaus (Abb. 3) bezieht sich auf die (unvollständigen) Daten der statistischen Ämter (KR-Statistik); eine Ergänzung der Zeitreihen durch den Bundesverband Geriatrie war retrospektiv für den Beobachtungszeitraum nicht möglich. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Statistiken und Erhebungsjahre ist auch die Diskrepanz hinsichtlich der Anzahl der Einrichtungen (274 vs. 406) und der Bettenkapazitäten (13.984 vs. 18.359) zu sehen.

Korrespondierend zur mehr als deutlichen Zunahme der Fachabteilungen (+ 44 %) haben sich Fallzahlen (+ 43 %) und Belegungstage (+ 40 %) entwickelt. Während die durchschnittliche Verweildauer bundesweit leicht rückläufig ist, hat sich die Auslastung der Bettenkapazitäten um 4 % gesteigert und lag 2013 bei 92 %. Dieser Wert wird im Rahmen von Kranken-

3.2 Versorgungsstrukturen der Geriatrie und deren Inanspruchnahme

hausplanungsverfahren als Vollausslastung gewertet und zeigt ebenfalls den Bedarf an geriatrischen Kapazitäten in Krankenhäusern.

Geriatrie – Krankenhaus								Veränd. '07 bis '13	
Deutschland	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	abs.	in %
Fachabteilungen	193	209	217	226	251	260	277	+ 84	+ 44%
Aufgestellte Betten	10.599	11.233	11.733	12.128	12.925	13.445	14.182	+ 3.583	+ 34%
Fallzahl	211.270	227.838	238.660	246.529	265.139	284.548	302.328	+ 91.058	+ 43%
Belegungstage	3.421.207	3.668.309	3.854.898	4.011.692	4.287.068	4.560.170	4.779.092	+ 1.357.885	+ 40%
VWD	16,2	16,1	16,2	16,3	16,2	16,0	15,8	- 0,4	- 2%
Auslastung	88,4%	89,5%	90,0%	90,6%	90,9%	92,9%	92,3%	+ 3,90	+ 4%

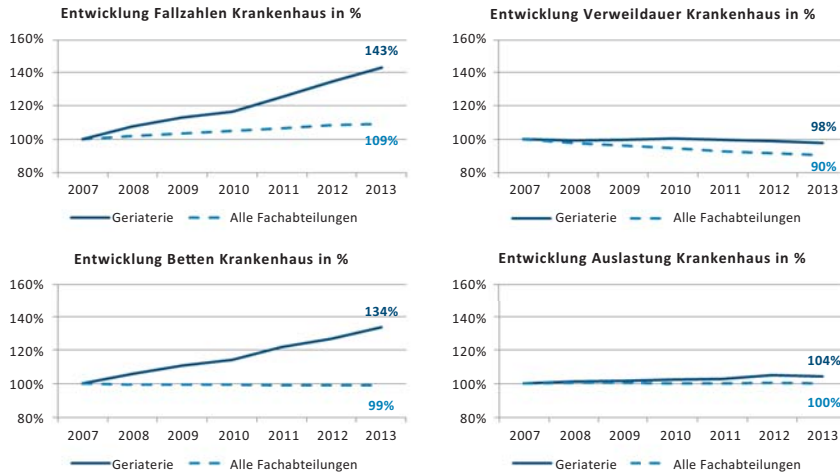


Abb. 3: Entwicklung der Geriatrie im Krankenhaus 2007–2013 (Quelle: KR-1 Statistik 2013, Destatis 2015)

Abbildung 4 ermöglicht einen detaillierteren Vergleich der Entwicklung in der Geriatrie mit der Entwicklung der Fallzahlen, Krankenhaushäufigkeit und der Bettenkapazitäten anderer Fachgebiete im Krankenhaus.

3 Strukturen, Inanspruchnahme und Versorgungsbedarf in der Geriatrie

Entwicklung Krankenhaus in Deutschland												
	Fallzahlen				Krankenhaustäufigkeit				Betten			
	2007	2013	Veränd. '07 bis '13		2007	2013	Veränd. '07 bis '13		2007	2013	Veränd. '07 bis '13	
			abs.	in %			abs.	in %			abs.	in %
Augenheilkunde	334.142	349.873	+ 15.731	+ 4,7%	0,41%	0,43%	+ 0,02%	+ 5,4%	5.259	4.666	- 593	- 11,3%
Chirurgie (ohne Unfallchirurgie)	3.090.757	3.219.485	+ 128.728	+ 4,2%	3,77%	3,95%	+ 0,18%	+ 4,9%	88.140	79.755	- 8.385	- 9,5%
CH - Herz-/Thoraxchirurgie	113.439	132.479	+ 19.040	+ 16,8%	0,14%	0,16%	+ 0,02%	+ 17,6%	3.948	4.827	+ 879	+ 22,3%
CH - Kinderchirurgie	116.501	121.449	+ 4.948	+ 4,2%	0,14%	0,15%	+ 0,01%	+ 5,0%	1.920	1.842	- 78	- 4,1%
CH - MKG	96.525	108.379	+ 11.854	+ 12,3%	0,12%	0,13%	+ 0,02%	+ 13,1%	2.205	2.161	- 44	- 2,0%
CH - Orthopädie/Unfallchirurgie	1.566.100	1.873.387	+ 307.288	+ 19,6%	1,91%	2,30%	+ 0,39%	+ 20,5%	46.337	48.289	+ 1.952	+ 4,2%
CH - Plastische	69.895	78.719	+ 8.824	+ 12,6%	0,09%	0,10%	+ 0,01%	+ 13,4%	2.010	1.954	- 56	- 2,8%
Dermatologie	176.099	211.536	+ 35.437	+ 20,1%	0,21%	0,26%	+ 0,05%	+ 21,0%	4.727	4.711	- 16	- 0,3%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1.766.040	1.667.557	- 98.483	- 5,6%	2,15%	2,05%	- 0,11%	- 4,9%	37.897	32.226	- 5.671	- 15,0%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	588.165	591.881	+ 3.716	+ 0,6%	0,72%	0,73%	+ 0,01%	+ 1,3%	11.784	10.456	- 1.328	- 11,3%
Innere Medizin	6.474.457	7.315.577	+ 841.120	+ 13,0%	7,90%	8,98%	+ 1,09%	+ 13,8%	157.274	152.692	- 4.582	- 2,9%
Geriatrie	211.270	302.327	+ 91.058	+ 43,1%	0,26%	0,37%	+ 0,11%	+ 44,1%	10.599	14.182	+ 3.583	+ 33,8%
Kinderheilkunde	952.258	975.308	+ 23.051	+ 2,4%	1,16%	1,20%	+ 0,04%	+ 3,1%	19.685	18.979	- 706	- 3,6%
Neurochirurgie	220.029	238.318	+ 18.289	+ 8,3%	0,27%	0,29%	+ 0,02%	+ 9,1%	6.531	7.106	+ 575	+ 8,8%
Neurologie	726.485	944.640	+ 218.155	+ 30,0%	0,89%	1,16%	+ 0,27%	+ 30,9%	20.357	23.922	+ 3.565	+ 17,5%
Nuklearmedizin	52.552	44.486	- 8.066	- 15,3%	0,06%	0,05%	- 0,01%	- 14,7%	920	877	- 43	- 4,7%
Strahlentherapie	90.969	78.606	- 12.363	- 13,6%	0,11%	0,10%	- 0,01%	- 13,0%	3.220	2.997	- 223	- 6,9%
Urologie	713.272	778.064	+ 64.793	+ 9,1%	0,87%	0,96%	+ 0,09%	+ 9,9%	15.264	14.682	- 582	- 3,8%
Sonst. Fachbereiche/Allgemeinbetten	138.791	207.530	+ 68.739	+ 49,5%	0,17%	0,25%	+ 0,09%	+ 50,6%	4.741	4.294	- 447	- 9,4%
KJü-Psychiatrie/-therapie	41.482	55.633	+ 14.151	+ 34,1%	0,05%	0,07%	+ 0,02%	+ 35,1%	5.183	5.941	+ 758	+ 14,6%
Psychiatrie und Psychotherapie	752.103	831.402	+ 79.299	+ 10,5%	0,92%	1,02%	+ 0,10%	+ 11,3%	53.169	54.433	+ 1.264	+ 2,4%
Psychotherapeutische Medizin	48.182	79.075	+ 30.894	+ 64,1%	0,06%	0,10%	+ 0,04%	+ 65,3%	5.784	9.679	+ 3.895	+ 67,3%
Fachabt. gesamt*	17.178.573	18.787.168	+ 1.608.595	+ 9,4%	20,95%	23,07%	2,12	+ 10,1%	506.954	500.671	- 6.283	- 1,2%

* 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.

Abb. 4: Entwicklung von Fallzahlen, Krankenhaushäufigkeit und Bettenkapazitäten in den somatischen Fachdisziplinen im Krankenhaus 2007–2013 (Quelle: Destatis KR-1)

Diese Zunahme der Inanspruchnahme und der Versorgungskapazitäten der Geriatrie ist umso bemerkenswerter, als dass sie die Entwicklung der Fallzahlen der auf die Bevölkerung bezogenen Krankenhaushäufigkeit und der Bettenkapazitäten der anderen somatischen Fachdisziplinen in Krankenhäusern weit übersteigen.

Die Entwicklung in der Geriatrie muss daher als Indikator für den stetig steigenden geriatrischen Bedarf gesehen werden. Letztlich zeigen diese Entwicklung und die Erfahrung der Praxis, dass derzeit ein neu verfügbares Bett in der Geriatrie auch durch Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf in Anspruch genommen wird. Oftmals hat diesen Patienten vorher kein geriatrisches Versorgungsangebot zur Verfügung gestanden. Der Bedarf an geriatrischen Behandlungskapazitäten ist derzeit – regional unterschiedlich ausgeprägt – nicht gedeckt.

Geriatrie in Rehabilitationseinrichtungen

Laut den Daten des Statistischen Bundesamtes waren in 2013 insgesamt 146 stationäre Rehabilitationseinrichtungen mit einer Gesamtkapazität von 7.203 Betten verfügbar. Ergänzt um die Erkenntnisse aus der Erhebung des Bundesverbandes Geriatrie beträgt die Zahl der Einrichtungen 170 mit insgesamt 8.324 Betten (Abb. 5). Die Darstellung kann allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, da auch der Bundesverband nicht alle rehabilitativen Einrichtungen mit Geriatrie überblicken kann.

Aus den verfügbaren, aber leider unvollständigen Daten der statistischen Ämter lässt sich die in Abbildung 6 dargestellte Entwicklung der Einrichtungen und Leistungsparameter in den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen ablesen.