

Abschlussbericht

GIA – Evaluation

Vereinbarung nach § 118a SGB V

Abschlussbericht
GIA – Evaluation
Vereinbarung nach § 118a SGB V

12.01.2022

trinovis GmbH | Rotenburger Str. 21 | 30659 Hannover
info@trinovis.com | www.trinovis.com

Inhaltsübersicht

Abkürzungsverzeichnis.....	3
Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	5
Vorbemerkung und Zielsetzung.....	6
1 Kurzzusammenfassung	7
2 Methodik.....	8
2.1 Datengrundlagen	8
2.2 Analyseverfahren.....	11
3 Ergebnisse	13
3.1 Demografische Entwicklung: Geriatrische Patient-innen	13
3.2 Strukturen geriatrischer Versorgung.....	14
3.2.1 Ambulante geriatrische Versorgung	14
3.2.2 Stationäre Versorgung.....	16
3.2.3 Geriatrische Institutsambulanzen (GIA).....	17
3.3 Erreichbarkeit einer· eines geriatrischen Versorger-in	18
3.4 Ermächtigungen und Abrechnungsgenehmigungen	21
3.4.1 Ermächtigungen	21
3.4.2 Abrechnungsgenehmigungen	22
3.5 Leistungsgeschehen.....	23
3.5.1 Leistungshäufigkeit und Ausgaben (GOP 30980, GOP 30981, GOP 30984, GOP 30988)	24
3.5.2 Zuschlagsziffern und Verteilung nach Einrichtungsart	25
3.5.3 Hausärzt-innen und Einleitung von Therapiemaßnahmen	26
4 Fazit.....	28
Literaturverzeichnis.....	30

Abkürzungsverzeichnis

BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BI	Business Intelligence
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ESTHER	Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung
GIA	Geriatrische Institutsambulanz
GKV-SV	Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KORA-Age	Kohortenstudie der Kooperativen Gesundheitsforschung in der Region Augsburg
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LUCAS	Longitudinale Urbane Cohorten-Alters-Studie
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
PLZ	Postleitzahl
QB	Qualitätsbericht
QS	Qualitätssicherung
Reha	Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
SQL	Structured Query Language

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersabhängige Entwicklung der Frailty nach Mitnitski	10
Abbildung 2: Struktur der Analysen: Datenquellen, Modelle und Ergebnisse	11
Abbildung 3: Kreisfreie Großstädte	12
Abbildung 4: Städtische Kreise	12
Abbildung 5: Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen.....	12
Abbildung 6: Dünn besiedelte ländliche Kreise.....	12
Abbildung 7: Anzahl teilnehmende geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-innen je Kreistyp, 2. Hbj. 2016 – 2020	15
Abbildung 8: Anzahl geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt-innen 2011-2020.....	16
Abbildung 9: Darstellung der Krankenhäuser mit geriatrischen Fachgebieten, Qualitätsbericht 2019.....	17
Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtanzahl an GIAs 2016-2020.....	18
Abbildung 11: Einwohner-innen je Fahrzeit zum-zur nächstgelegenen spezialisierten geriatrischen Versorger-in (2016-2020).....	19
Abbildung 12: Einwohner-innen je Kreistyp nach Fahrzeit zu einer-einem nächstgelegenen geriatrischen Versorger-in (2020).....	21
Abbildung 13: Entwicklung genehmigte Abrechnungsanträge, 2. Hbj. 2016 – 2020.....	23
Abbildung 14: Zeitliche Entwicklung Leistungshäufigkeit, 2. Hbj. 2016 – 2020	24
Abbildung 15: Zeitliche Entwicklung Ausgabenvolumen, 2. Hbj. 2016 - 2020	25
Abbildung 16: Behandlungsfälle nach Abrechnungskategorie (2020).....	26
Abbildung 17: Behandlungsfälle nach Einrichtungsart (2020).....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Studienergebnisse zur körperlichen Gebrechlichkeit bei Personen von 65 bis 79 Jahren	10
Tabelle 2: Relativer Einwohner-innenanteil der über 70-Jährigen von 2016 bis 2020 je KV-Region.....	13
Tabelle 3: Anzahl geriatrisch besonders qualifizierter Vertragsärzt-innen je KV, 2. Hbj. 2016 - 2020	14
Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl an GIAs je KV, 2016-2020	18
Tabelle 5: Maximale Fahrzeit zur-zum nächstgelegenen Versorger-in nach Einwohner-innenperzentilen, 2016 - 2020.....	19
Tabelle 6: Einwohner-innenanteil zur Erreichbarkeit eines-r nächstgelegenen geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-in (2020)	20
Tabelle 7: Anzahl an genehmigten Ermächtigungsanträgen nach § 118a SGB V, 2. Hbj. 2016 - 2020	22
Tabelle 8: Gebührenordnungspositionen (GOP)	23
Tabelle 9: Zeitliche Entwicklung der Behandlungsfälle und Ausgabenvolumina, 2. Hbj. 2016 - 2020	25
Tabelle 10: Anzahl GOP, 2. Hbj. 2016 - 2020	27

Vorbemerkung und Zielsetzung

Die trinovis GmbH wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt, auf Basis von Routinedaten Analysen durchzuführen, welche das Ziel verfolgen, die Umsetzung und Auswirkungen der Ermächtigung von Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) nach § 118a SGB V sowie der Erbringung von Leistungen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik durch Vertragsärzt-innen, deren Wirtschaftlichkeit und die Ergebnisqualität für die Jahre 2016 bis einschließlich 2020 zu untersuchen.

Gegenstand der Analysen war die Erstellung und Aufbereitung von Datenmaterial sowie die Beantwortung definierter Fragestellungen der Auftraggeber. Die Aufbereitung der einzelnen Fragestellungen geschah in Form von Berichten in Microsoft Power BI, einer Business Analytics-Lösung. Daten wurden anhand von verschiedenen Analysemodellen aggregiert in Tabellen, Diagrammen und Karten visualisiert. Die Ergebnisse der einzelnen Fragestellungen aus den Power BI-Berichten wurden in Form von vier Zwischenberichten vom Auftragnehmer aufbereitet und den Auftraggebern zur Verfügung gestellt.

Mit dem Abschlussbericht werden die Erkenntnisse der Evaluation diskutiert und Perspektiven für die Weiterentwicklung der GIAs aufgezeigt.

1 Kurzzusammenfassung

Das Statistische Bundesamt prognostiziert bis 2030 eine Zunahme an älteren Einwohner:innen. Daraus resultiert auch ein Zuwachs an älteren multimorbiden Patient:innen. Aufgrund des demografischen Wandels ist zur Behandlung dieser geriatrischen Patient:innen der Ausbau von geeigneten Versorgungsstrukturen im ambulanten und stationären Sektor erforderlich.

Mit den gesetzlichen Regelungen nach § 118a und § 135 Abs. 2 SGB V wurde eine Möglichkeit geschaffen, Geriatrische Institutsambulanzen (GIA) zu ermächtigen, um die wohnortnahe ambulante Versorgung zu unterstützen. Diese subsidiären Ermächtigungen werden nur erteilt oder verlängert, wenn die ambulante spezialisierte Versorgung nicht ausreichend vorhanden ist.

Ziel der Evaluation ist es, zu untersuchen, inwieweit die Einführung der GIAs die wohnortnahe ambulante Versorgung unterstützt, und das Leistungsgeschehen innerhalb der GIAs und der geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen zu betrachten. Der Evaluationszeitraum erstreckt sich vom zweiten Halbjahr 2016, also ab Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V und der Vereinbarung nach § 118a SGB V, bis zum Ende des Jahres 2020.

Die Analysen haben ergeben, dass nach einer anfänglich deutlichen Zunahme der GIAs zwischen 2016 und Ende 2018 von 15 auf 42 Ambulanzen, seit 2018 die Einrichtung der GIAs stagniert und nur noch in vereinzelt KV-Regionen zu beobachten ist. In 2020 können Patient:innen bundesweit in insgesamt 46 GIAs behandelt werden.

Der überwiegende Anteil dieser Form der ambulanten geriatrischen Versorgung erfolgt durch geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen. Über den Evaluationszeitraum haben sich zusätzliche 468 Geriater:innen qualifiziert, sodass 1.180 geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen in 2020 dokumentiert sind. Davon erhielten 608 Vertragsärzt:innen die Abrechnungsgenehmigung zur spezialisierten Versorgung der geriatrischen Patient:innen.

Die Erreichbarkeit geriatrisch besonders qualifizierter Vertragsärzt:innen oder einer GIA verbesserte sich bundesweit über den Betrachtungszeitraum, seit 2019 sind nur geringfügige Änderungen zu beobachten. Beispielsweise erreichten in 2016 bundesweit betrachtet durchschnittlich 47,7 % der Bevölkerung eine:n geriatrische:n ambulante:n Leistungserbringer:in innerhalb von 30 Minuten, in 2020 waren es hingegen 62,9 %. Es traten nicht in allen KV-Regionen signifikante Verbesserungen ein.

Parallel zur Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V wurden neue geriatrische Gebührenordnungspositionen (GOP) eingeführt, mit denen geriatrische Leistungen abgerechnet werden. Nur mit einer durch die KV erteilten Abrechnungsgenehmigung ist es möglich, die GOPs der spezialisierten geriatrischen Versorgung abzurechnen. Die Abrechnungen dieser GOPs nehmen im Evaluationszeitraum insgesamt zu, stagnieren jedoch in 2020. Zu den neuen GOPs gehören auch zwei Abrechnungsregelungen für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Diese GOPs zeigen im gesamten Evaluationszeitraum eine rückläufige Entwicklung.

Durch die geringe Anzahl an GIAs konnte keine eindeutige Aussage darüber getroffen werden, ob tatsächlich eine Verbesserung der Versorgung geriatrischer multimorbider Patient:innen eintrat.

2 Methodik

2.1 Datengrundlagen

Gegenstand der jährlichen Analysen war die Erstellung und Aufbereitung von Datenmaterial sowie die Beantwortung definierter Fragestellungen der Auftraggeber. Für eine Vielzahl der Fragestellungen wurden Strukturdaten zu den Leistungserbringer-innen benötigt. Diese Daten wurden vom Auftragnehmer jährlich selbst aufbereitet. Die Zusammenführung dieser Daten erfolgte jeweils zu Beginn der jährlichen Projektphase und wird im Folgenden erläutert.

Struktur- und Leistungsdaten der Leistungserbringer-innen

Für die an der geriatrischen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen wurden zunächst vom Auftragnehmer aus öffentlich verfügbaren Quellen Listen für die teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken erstellt. Diese Informationen wurden um Strukturdaten des Auftraggebers zu Vertragsärzt-innen ergänzt. Dieser Arbeitsschritt wird im Folgenden erläutert und jährlich zwecks Aktualisierung wiederholt.

1. Identifikation der Akut- und Fachkrankenhäuser, die an der geriatrischen Versorgung teilnehmen, aus den Qualitätsberichten (QB) und dem Krankenhausverzeichnis anhand folgender Kriterien:
 - Vorhaltung einer stationären Geriatrie mit Angabe im QB gemäß § 301-Schlüssel (SGB V)
 - Medizinische Leistungsangebote aus Teil B (VI24, VN19, VI44)
 - Angabe der geriatrischen Komplexpauschale 8-550 im QB in signifikanter Anzahl (mindestens 100 Prozeduren)
2. Liste der Rehabilitationskliniken mit Fachgebiet Geriatrie laut Krankenhausverzeichnis
3. Ergänzung um die vom Auftraggeber bereitgestellten Daten zu den geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-innen und geriatrischen Institutsambulanzen (GIA):

Strukturdaten:

- Geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt-innen je Kassenärztlicher Vereinigung (KV), Arztgruppe und Kreistyp
- Ermächtigungsanträge (gestellt/ abgelehnt/ genehmigt), Erst- oder Folgeantrag
- Abrechnungsgenehmigung (beantragt/ erhalten/ abgelehnt) je KV, GIA oder Vertragsärzt-in
- Fahrzeitemauswertung durch den Auftraggeber:
Zur Ermittlung der Erreichbarkeit erfolgt eine Geoinformationssystem-analytische Berechnung der Fahrzeiten zum nächstgelegenen Standort (Geomarketzentroid zu Praxis) im Individualverkehr (PKW). Die Ermittlung der Fahrzeiten erfolgt anhand der realen Straßenprofile, das Geschwindigkeitsprofil ergibt sich auf Grundlage realer Verkehrsdaten, kalibriert nach KBV-Vorgaben. Das verwendete Routingnetz (TomTom Multinet Ausgabe 2017) berücksichtigt u. a. die Straßenart und -Lage (inner-/außerorts) und ermittelt von jedem Startpunkt die jeweils zeitlich kürzeste Route zur-m nächstgelegenen Ärzt-in (ohne Einbezug von Kapazitäten). Die Ausgangspunkte bilden homogene Geomarkets mit jeweils ca. 300 Haushalten (159.000 Messpunkte bundesweit; Stichtag Geometrie und Einwohner-innen: 31.12.2017). Dargestellt werden die Fahrzeiten, die notwendig sind, um bundesweit einen bestimmten Prozentsatz der Bevölkerung abzudecken. Für jedes Dezil wird außerdem der jeweilige Minimal-/Maximalwert in einer einzelnen KV ausgewiesen.

Leistungsdaten:

- Gebührenordnungspositionen (GOP) für die spezialisierte geriatrische Diagnostik mit Zuschlagsziffern, der Vorkonsultation und der Einleitung von Therapiemaßnahmen
 - Anzahl, Fälle, Ausgabenvolumen

Demografische Daten

Neben den Struktur- und Leistungsdaten der Leistungserbringer-innen werden Daten zur Bevölkerungsverteilung und -prognosen des Statistischen Bundesamts herangezogen, um die jetzige und künftige Bevölkerungsstruktur abzubilden. Stichtag des Bevölkerungsstandes und der Verteilung nach Altersgruppe, Geschlecht und Postleitzahl ist der 31.12.2019. Die Bevölkerungsprognosen nach Altersgruppe, Geschlecht, Postleitzahlen und Datenjahr umfassen derzeit - entsprechend der Daten der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Landesämter - die Jahre 2020 bis 2030.

Geriatrischer Versorgungsbedarf

Die demografischen Daten zu den Einwohner-innen ab 70 Jahren werden zur Abschätzung des geriatrischen Versorgungsbedarfs herangezogen. Derzeit ist keine genaue Einschätzung des Versorgungsbedarfs für das komplexe geriatrische Syndrom möglich. Die Problematik der Schätzung wird im folgenden Abschnitt aufgezeigt.

„Geriatrische Medizin behandelt die speziellen Erkrankungen alter Patientinnen und Patienten [...]. Diese Patientengruppe weist einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf und erfordert einen ganzheitlichen Ansatz. Im Alter können sich Krankheiten mit einem veränderten Erscheinungsbild präsentieren und sind daher häufig schwer zu diagnostizieren. Therapieerfolge treten verzögert ein. In der Regel besteht ein zusätzlicher Bedarf an sozialer Unterstützung. Geriatrie umfasst daher nicht nur organorientierte Medizin, sondern bietet zusätzlich die Behandlung im interdisziplinären Team, welche den funktionellen Status und die Lebensqualität des älteren Patienten verbessert und seine Autonomie fördert.“¹ Durch die Komplexität in der Geriatrie sowohl bei der Diagnose, beim Erkrankungsbild als auch bei der Therapie liegen keine Daten zur Prävalenz vor.

In einem Versuch den geriatrischen Versorgungsbedarf zu bestimmen, wurden Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien untersucht, die sich mit der Einschätzung der Frailty (aus dem Engl.: Gebrechlichkeit) beschäftigen. Frailty als mehrdimensionales Syndrom umfasst die körperliche (Ernährungsstatus, körperliche Aktivität, Mobilität, Energie und Kraft), psychische (Kognition und Stimmung) und soziale Dimension.² Problematisch bei der Einschätzung ist, dass es keine einheitlichen Maßstäbe zur Einschätzung der Frailty gibt und die Studien daher zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

In Tabelle 1 werden beispielhaft unterschiedliche Studienergebnisse zu einem Aspekt der Frailty von vier verschiedenen Studien aufgelistet.³

¹ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (2018)

² de Vries, Staal, van Ravensburg et al. (2011)

³ Fuchs, Scheidt-Nave, Gaertner et al. (2015)

Tabelle 1: Studienergebnisse zur körperlichen Gebrechlichkeit bei Personen von 65 bis 79 Jahren

<i>körperlich frail (65-79 Jahre)</i>		
Studie	Frauen	Männer
DEGS1	3,1%	2,5%
ESTHER	11,4%	6,1%
KORA-Age	5,1%	4,2%
LUCAS	18,0%	12,1%

Die Studie zur **G**esundheit **E**rwachsener in **D**eutschland (DEGS) gehört zum Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts und kam zum Ergebnis, dass 3,1 % aller Frauen und 2,5 % aller Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren körperlich gebrechlich sind. Die Kohortenstudie „Epidemiologische Studie zu Chancen der Verhütung, Früherkennung und optimierten Therapie chronischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung (ESTHER)“ wurde vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsberichterstattung Saarland verfasst. Für die Studie wurden 10.000 Teilnehmer durch Hausärzt:innen im Saarland rekrutiert (Frauen: 11,4 %/ Männer: 6,1 %). Die Ergebnisse von KORA-Age stammen aus der Kohortenstudie der **K**ooperativen Gesundheitsforschung in der **R**egion **A**ugsburg (5,1 %/ 4,2 %). Bei der **L**ongitudinalen **U**rbanen **C**ohorten-**A**lter-**S**tudie LUCAS wurden Studienteilnehmer:innen über Hausärzt:innen rekrutiert (18,0 %/ 12,1 %).

Die Studie zur Frailty von Mitnitski⁴ zeigt in Abbildung 1 den exponentiellen Anstieg der Gebrechlichkeit mit zunehmendem Alter.

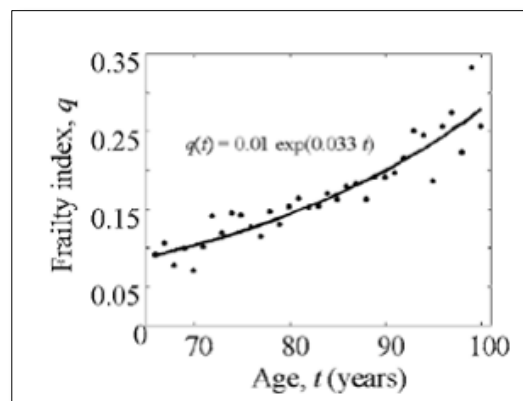


Abbildung 1: Altersabhängige Entwicklung der Frailty nach Mitnitski

⁴ Mitnitski, Mogilner, Rockwood (2001)

2.2 Analyseverfahren

Die Datenverarbeitung erfolgt mittels Microsoft SQL Server und der Business Intelligence Software Microsoft Power BI. Die Auswertungen werden mittels Standardverfahren der deskriptiven Statistik durchgeführt. Je nach Fragestellung umfasst dies unterschiedliche Modelle, Merkmale, Kennzahlen und Darstellungsmittel. Für die Analyse der Versorgungsstrukturen werden folgende Mittel verwendet:

Merkmale

- longitudinal: Zeitraum (Jahr)
- regional: Raumeinheit (Bund, Bundesland, KV, siedlungsstruktureller Kreistyp zusammengefasst auf Bundesebene)
- gruppierend:
 - Art/Einrichtungsart der-des Leistungserbringer-in (niedergelassene-r Ärzt-in, Fachkrankenhaus, Allgemeinkrankenhaus, Rehabilitationsklinik, ...)
 - Fachgruppe
 - Qualifikation

Kennzahlen

- Anzahl der Leistungserbringer-innen nach Merkmal und deren Merkmalsausprägungen
- Verhältnis zwischen Anzahl der Leistungserbringer-innen und Anzahl zu versorgender Einwohner-innen (> 70 Jahre)

Ergebnisaufbereitung

- absolute und relative Größen
- Veränderungen der Kennzahlen zum Vorjahr und Zeitreihen („Längsschnitt“)
- Vergleiche zwischen Gruppen
- geografische Darstellung der regionsbezogenen Kennzahlen auf Karten

Abbildung 2 fasst die spezifischen Analysemodelle und Datenquellen der verschiedenen Ergebnisdaten zusammen:

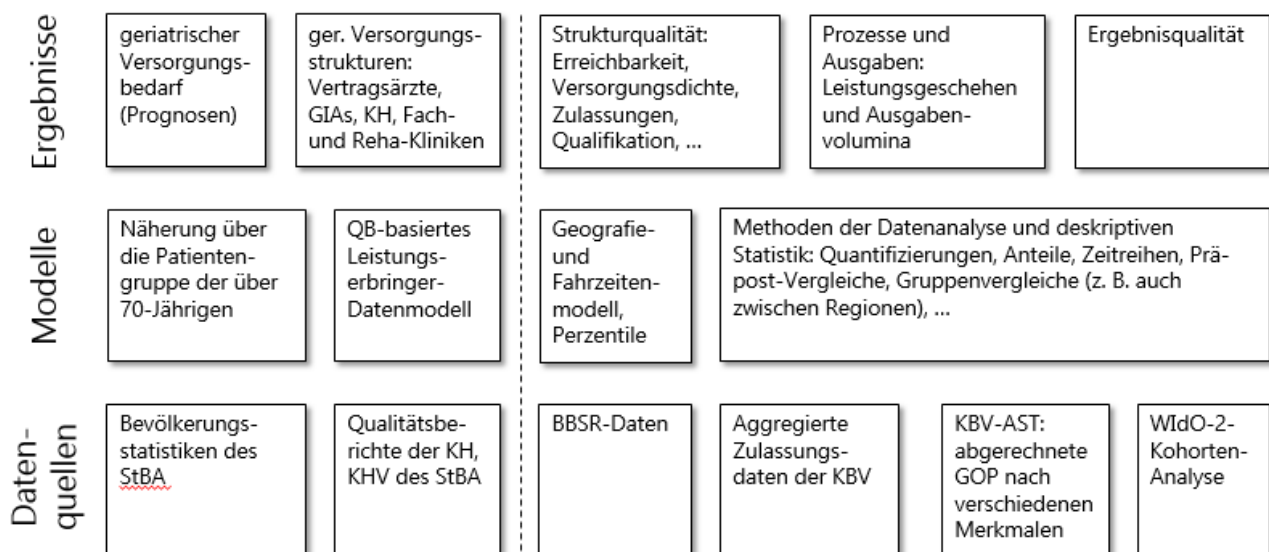


Abbildung 2: Struktur der Analysen: Datenquellen, Modelle und Ergebnisse

Kreistypen

Die unterschiedliche Besiedelung in verschiedenen Regionen Deutschlands geht mit einer unterschiedlichen Versorgung durch geriatrisch ausgerichtete Fachkräfte einher. Analysen erfolgen daher teilweise auch nach Kreistypen.

Die folgenden Abbildungen 3 bis 6 zeigen die bundesweite Verteilung der vier Kreistypen: kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen und dünn besiedelte ländliche Kreise.

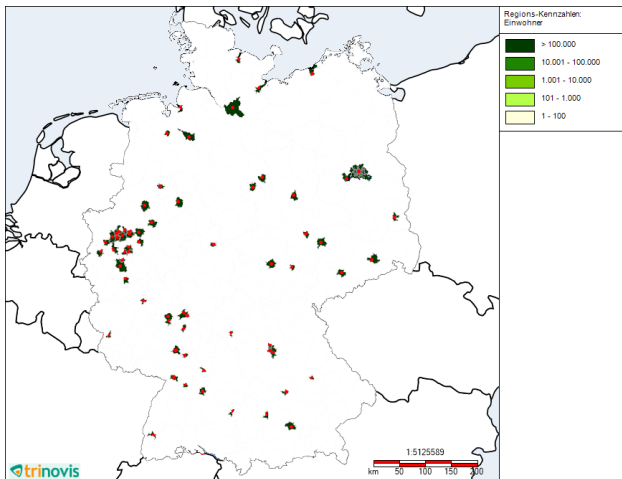


Abbildung 3: Kreisfreie Großstädte

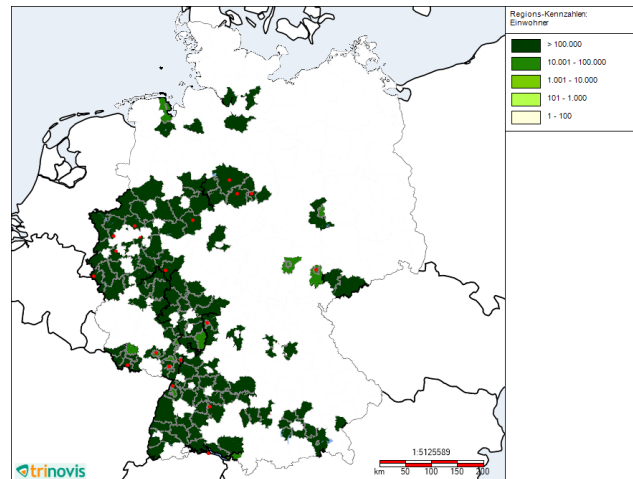


Abbildung 4: Städtische Kreise

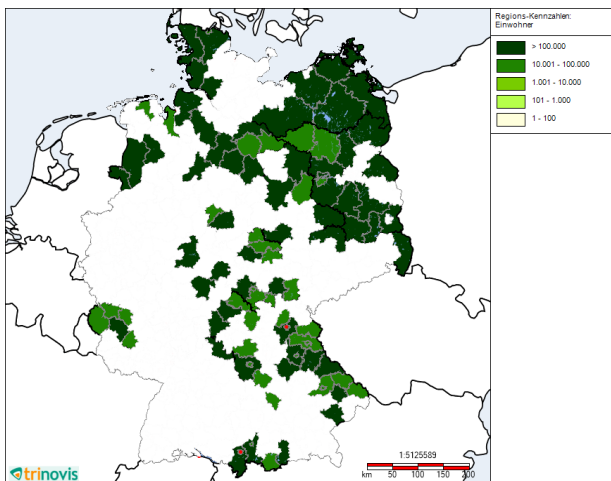


Abbildung 5: Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen

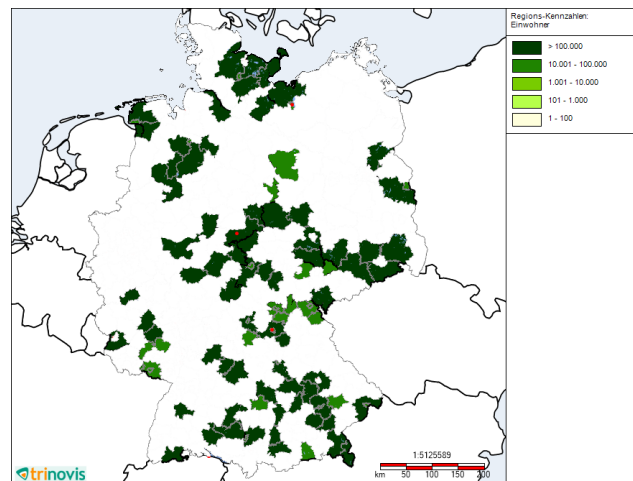


Abbildung 6: Dünn besiedelte ländliche Kreise

3 Ergebnisse

3.1 Demografische Entwicklung: Geriatrische Patient:innen

Zur Betrachtung des geriatrischen Versorgungsbedarfs wurden die demografischen Daten der Einwohner:innen ab 70 Jahren analysiert. Eine genaue Abschätzung von Patient:innen mit komplexem geriatrischem Syndrom war, wie genauer im Kapitel 2.1. beschrieben, nicht möglich.

Bundesweit ist aufgrund des demografischen Wandels über den Evaluationszeitraum (2016 bis 2020) eine stetige Zunahme an Einwohner:innen über 70 Jahren und damit an möglichen Patient:innen zu erkennen. Im Jahr 2016 sind etwa 12,9 Mio. und im Jahr 2020 bereits knapp 13,4 Mio. Einwohner:innen Deutschlands 70 Jahre und älter. Dies entspricht einem Anstieg um 3,7 %.

Laut der Bevölkerungsprognose ist mit einem zunehmenden Anstieg der über 70-Jährigen zu rechnen. Für das Jahr 2030 werden etwa 15,4 Mio. Einwohner:innen im Alter von 70 Jahren und älter prognostiziert. Dies entspricht einem Anstieg um 19,0 % im Vergleich zum Jahr 2016.

Auch der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung Deutschlands steigt. In 2016 liegt der Anteil der über 70-Jährigen in Deutschland bei 15,7 % und in 2020 bei 16,1 %. Bis 2030 wird der Anteil der über 70-Jährigen voraussichtlich bei 18,5 % liegen.

Tabelle 2 zeigt den Anteil an über 70-Jährigen je Bundesland von 2016 bis 2020. Der niedrigste Anteil in 2020 ist in Hamburg (13,9 %) und Berlin (14,2 %) zu beobachten. Einen hohen Anteil an Einwohner:innen über 70 Jahren weisen in 2020 die Bundesländer Sachsen-Anhalt (19,7 %), Sachsen (19,5 %) und Thüringen (19,3 %) auf.

Tabelle 2: Relativer Einwohner:innenanteil der über 70-Jährigen von 2016 bis 2020 je KV-Region

Bundesland	2016	2017	2018	2019	2020
Baden-Württemberg	14,7 %	14,7 %	14,8 %	15,0 %	15,3 %
Bayern	14,8 %	14,9 %	14,9 %	15,1 %	15,2 %
Berlin	14,2 %	14,2 %	14,2 %	14,2 %	14,2 %
Brandenburg	17,7 %	17,7 %	17,6 %	17,7 %	18,1 %
Bremen	15,7 %	15,7 %	15,7 %	15,8 %	15,9 %
Hamburg	13,9 %	13,8 %	13,8 %	13,8 %	13,9 %
Hessen	14,9 %	15,0 %	15,1 %	15,3 %	15,4 %
Mecklenburg-Vorpommern	17,4 %	17,4 %	17,4 %	17,6 %	17,9 %
Niedersachsen	15,9 %	16,0 %	16,1 %	16,3 %	16,5 %
Nordrhein-Westfalen	15,4 %	15,4 %	15,4 %	15,5 %	15,6 %
Rheinland-Pfalz	15,5 %	15,5 %	15,5 %	15,7 %	16,9 %
Saarland	16,8 %	16,7 %	16,9 %	17,2 %	17,5 %
Sachsen	19,3 %	19,2 %	19,1 %	19,3 %	19,5 %
Sachsen-Anhalt	19,1 %	19,1 %	19,1 %	19,4 %	19,7 %
Schleswig-Holstein	16,9 %	17,0 %	17,2 %	17,3 %	17,7 %
Thüringen	18,3 %	18,3 %	18,4 %	18,7 %	19,3 %
Gesamt	15,7 %	15,7 %	15,7 %	15,9 %	16,1 %

3.2 Strukturen geriatrischer Versorgung

3.2.1 Ambulante geriatrische Versorgung

Durch die Bevölkerungsentwicklung ist ein steigender Bedarf wohnortnaher Versorgung für multimorbide geriatrische Patient:innen gegeben. Viele geriatrische Patient:innen werden hausärztlich behandelt, bei geriatrietypischer Multimorbidität sind im Bedarfsfall zusätzlich geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen nötig, um eine qualifizierte Diagnostik durchzuführen und Therapiemaßnahmen einzuleiten.

Unter „geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen“ werden im Folgenden Vertragsärzt:innen bezeichnet, die nach § 3 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V die Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“, die Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“ oder die Zusatzbezeichnung „Geriatric“ innehaben. Zusätzlich können sich nach § 3 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Vertragsärzt:innen mit der Facharztbezeichnung „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“ über Erfahrungsnachweise in der Behandlung geriatrischer Patient:innen qualifizieren. Sie sind jedoch nicht zwangsläufig geriatrisch tätig oder beantragen eine Abrechnungsgenehmigung.

Tabelle 3 zeigt die Entwicklung der Anzahl an geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen von 2016 (712) bis 2020 (1.180) je KV-Region. Über den Betrachtungszeitraum ist eine deutliche Zunahme an Vertragsärzt:innen zu erkennen. Die größte Steigerung ist in der KV Rheinland-Pfalz zu beobachten (2016: 287/ 2020: 532). Seit 2018 ist eine moderate Steigerung zu beobachten. In der KV Rheinland-Pfalz sind in 2020 45,1 % aller geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen verortet. In einigen KV-Regionen gibt es in 2020 nur wenige geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen, wie beispielsweise in der KV Saarland (4) oder Sachsen-Anhalt (6).

Tabelle 3: Anzahl geriatrisch besonders qualifizierter Vertragsärzt:innen je KV, 2. Hbj. 2016 - 2020

Kassenärztliche Vereinigung	2016	2017	2018	2019	2020
KV Baden-Württemberg	33	40	44	53	62
KV Bayern	32	37	46	57	66
KV Berlin	16	19	26	29	32
KV Brandenburg	11	11	13	14	19
KV Bremen	5	6	7	7	7
KV Hamburg	5	9	8	9	12
KV Hessen	24	30	34	37	41
KV Mecklenburg-Vorpommern	7	8	10	11	11
KV Niedersachsen	26	32	45	45	50
KV Nordrhein	31	41	52	65	68
KV Rheinland-Pfalz	287	377	509	531	532
KV Saarland	1	2	3	3	4
KV Sachsen	11	16	17	24	23
KV Sachsen-Anhalt	4	5	5	6	6
KV Schleswig-Holstein	131	135	135	133	129
KV Thüringen	5	5	7	6	10
KV Westfalen-Lippe	83	88	93	105	108
Gesamt	712	861	1.054	1.135	1.180

Die meisten der geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-innen gehören zur Arztgruppe der Hausärzt-innen (80,0 %). Der Anteil der Arztgruppe der Nervenärzt-innen (Neurologie und Psychiatrie) liegt bei 10,0 % und der Anteil der Fachinternist-innen bei 5,0 %.

Die Vertragsärzt-innen praktizieren meist in städtischen Kreisen (2020: 35,8 %), überwiegend im Westen und Südwesten Deutschlands (Abbildung 7). In kreisfreien Großstädten sind im Jahr 2020 26,2 % der Vertragsärzt-innen zu finden, in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen, wie sie vor allem im Nordosten Deutschlands vertreten sind, 20,3 %. Bei diesem Kreistyp ist von 2018 bis 2020 das Wachstum stagnierend und es sind kaum Zuwächse erkennbar. In den dünn besiedelten ländlichen Kreisen befinden sich die wenigsten geriatrisch tätigen Ärzt-innen mit 17,8 %.

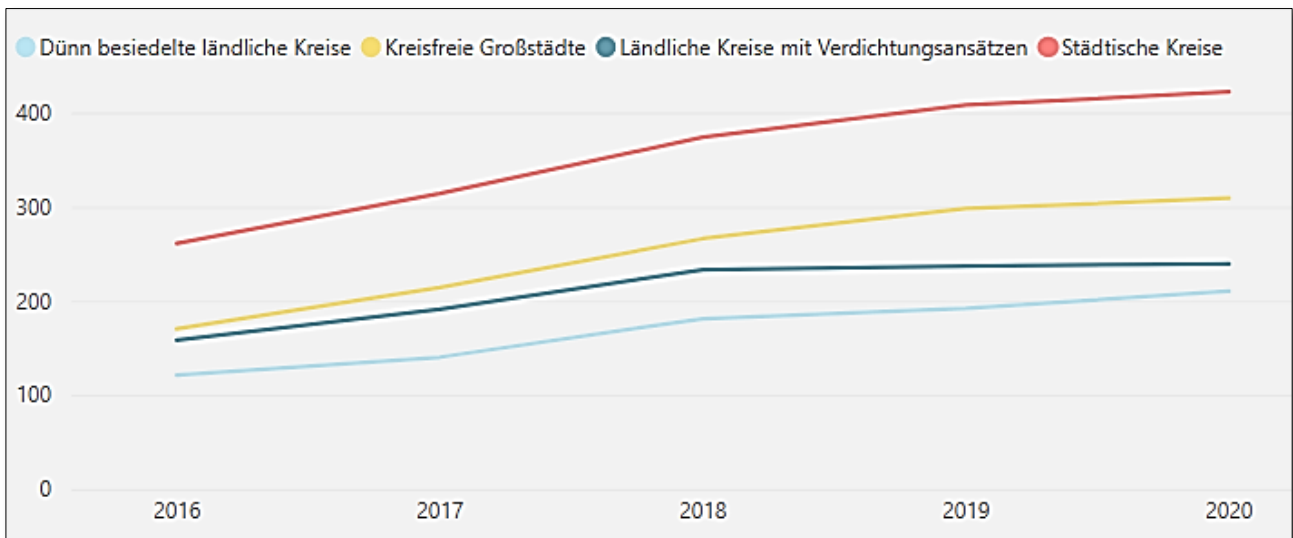


Abbildung 7: Anzahl teilnehmende geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-innen je Kreistyp, 2. Hbj. 2016 – 2020

Die folgende Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der Gesamtzahl an geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-innen seit 2011. Die größte prozentuale Steigerung gab es von 2012 zu 2013 mit einem Zuwachs von 37,6 %. Vom Jahr der erstmaligen Vereinbarung der Regelungen nach § 118a SGB V zum Folgejahr 2016 mit der Einführung der Gebührenordnungspositionen des Abschnittes 30.13 des EBM zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik ist eine Steigerung von 16,0 % zu beobachten, zu 2017 dann 20,9 %. Von 2017 zu 2018 ist ein weiterer Zuwachs von 22,4 % zu verzeichnen, hingegen ist die prozentuale Steigerung seit 2019 rückläufig (2019: 7,7 %/ 2020: 4,0 %). Der größte absolute Zuwachs an Vertragsärzt-innen ist in den Jahren 2017 (149) und 2018 (193) erkennbar.

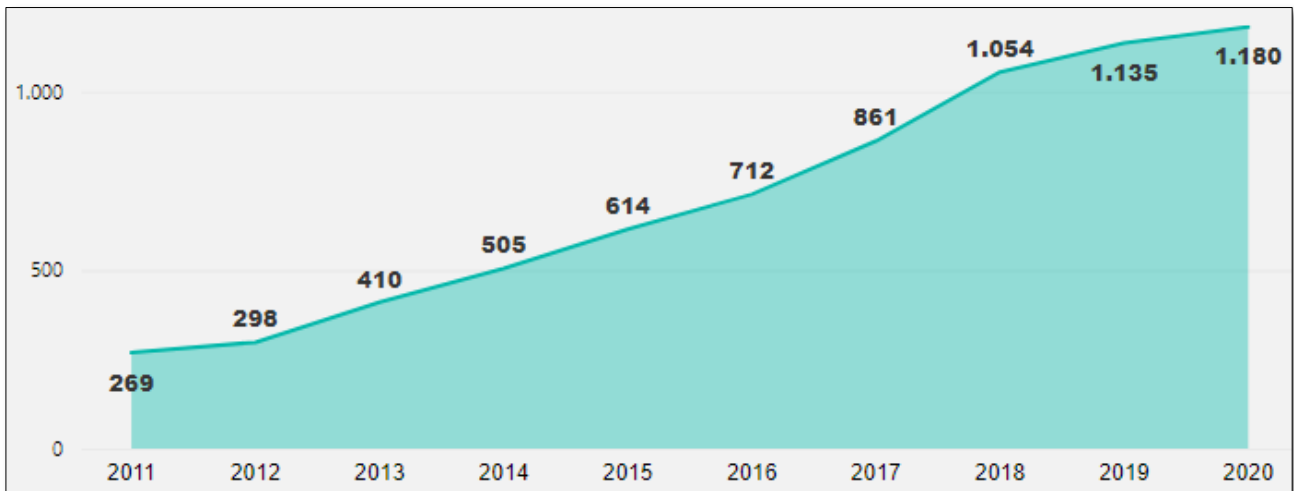


Abbildung 8: Anzahl geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen 2011-2020

3.2.2 Stationäre Versorgung

In den Qualitätsberichten 2019 sind bundesweit 414 Krankenhäuser mit mindestens einem **geriatrischen Fachgebiet** gemäß der Vereinbarung nach § 301 SGB V aufgeführt, wovon fünf Häuser nach aktuellem Stand inzwischen geschlossen sind (Abbildung 9). Ein Ausbau an geriatrischen Abteilungen ist zu erkennen, da in 2016 erst 401 Krankenhausstandorte mindestens eine geriatrische Abteilung aufwiesen.

Bei 1.230 Krankenhäusern ist 2019 mindestens ein **geriatrischer Versorgungsschwerpunkt** angegeben. Der Versorgungsschwerpunkt Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen in der Inneren Medizin wurde am häufigsten angegeben (1.081), gefolgt von Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen in der Neurologie (665). Eine geriatrische Tagesklinik als Versorgungsschwerpunkt wurde in 2019 von 171 Krankenhäusern dokumentiert. Auch hier ist ein Zuwachs gegenüber 2016 erkennbar (2016: 1.211).

Die **geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung** (Prozedur: 8-550) zeigt ebenso eine Steigerung bei stationären geriatrischen Behandlungen. 2016 werden 332.270 dieser Prozeduren in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser dokumentiert, wohingegen es in 2019 bereits 371.924 Prozeduren sind. Die Anzahl der Häuser, die die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung durchführen, nehmen von 674 in 2016 auf 710 in 2019 zu.

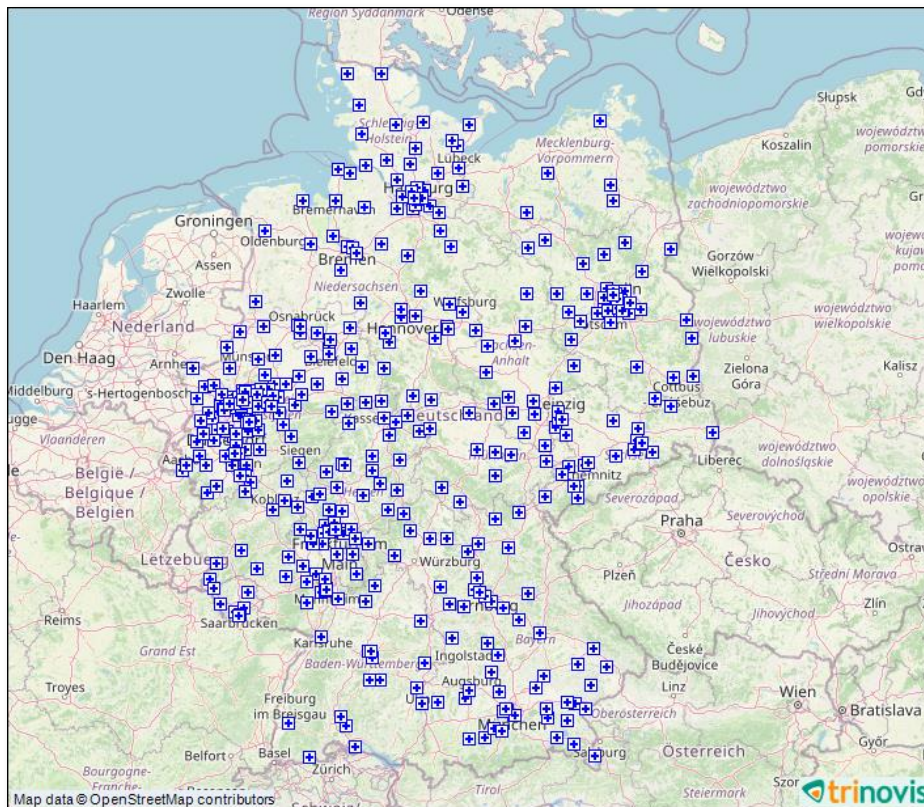


Abbildung 9: Darstellung der Krankenhäuser mit geriatrischen Fachgebieten, Qualitätsbericht 2019

Zur Untersuchung von geriatrischen ambulanten Leistungen in Krankenhäusern stehen in den Qualitätsberichten derzeit nur Freitextangaben zur Verfügung. In 2016 gaben 43 Krankenhäuser den Begriff „Geriatric“ bei ihren Ambulanzen an, in 2020 50 Krankenhäuser, meist im Zusammenhang mit einer Privatambulanz.

Geriatrische Rehabilitationskliniken

Im Jahr 2019 sind insgesamt 150 Rehabilitationskliniken mit Angaben zu Betten aus geriatrisch ausgerichteten Fachabteilungen zu verzeichnen. Bei in etwa gleichbleibender Anzahl an Kliniken, ist die Bettenanzahl von 7.769 in 2016 auf 8.176 in 2019 gestiegen. Das Bundesland mit den meisten geriatrisch ausgerichteten Betten in Rehabilitationseinrichtungen ist Bayern (2.938). Ebenfalls Bundesländer mit einer hohen Anzahl an geriatrisch ausgerichteten Betten sind Baden-Württemberg (1.920) und Nordrhein-Westfalen (1.060).

3.2.3 Geriatrische Institutsambulanzen (GIA)

Die stationären Versorger (3.2.2) - geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie geriatrische Rehabilitationskliniken - können nach § 118a SGB V ermächtigt werden, geriatrische Patient:innen ambulant zu versorgen, wenn und solange dies für eine ausreichende geriatrische Versorgung nötig ist. Die GIAs sollen also eine ambulante Ergänzung der Kliniken für Patient:innen, die nicht adäquat wohnortnah versorgt werden können, bieten. In GIAs sollen multimorbide geriatrische Patient:innen zentriert behandelt werden.

Abbildung 10 zeigt, dass nach einer anfänglichen Steigerung der Anzahl an GIAs von 15 in 2016 auf 32 in 2017, nur noch geringe Zuwächse zu beobachten sind. Im Jahr 2020 sind 46 GIAs dokumentiert.

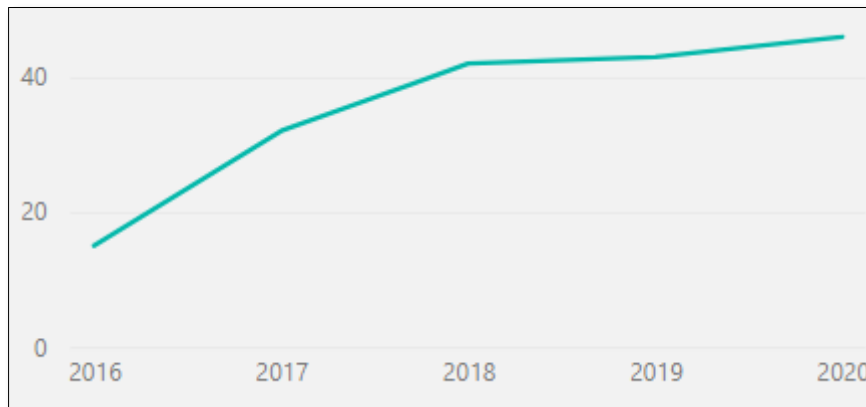


Abbildung 10: Entwicklung der Gesamtanzahl an GIAs 2016-2020

In Tabelle 4 ist die Anzahl der GIAs der einzelnen KV-Regionen im Beobachtungszeitraum dargestellt (2016-2020). In sechs KV-Regionen sind von 2016 bis zu 2020 keine GIAs eingerichtet. In der KV-Region Hamburg hingegen befinden sich innerhalb einer kleinen Region 10 GIAs.

Tabelle 4: Entwicklung der Anzahl an GIAs je KV, 2016-2020

Kassenärztliche Vereinigung	2016	2017	2018	2019	2020
KV Baden-Württemberg	1	4	6	4	5
KV Bayern	1	6	7	8	7
KV Berlin	1	1	1	1	1
KV Brandenburg	0	0	0	1	1
KV Bremen	0	0	0	0	0
KV Hamburg	0	0	3	9	10
KV Hessen	0	0	0	0	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0
KV Niedersachsen	5	6	7	7	7
KV Nordrhein	0	6	6	4	4
KV Rheinland-Pfalz	0	1	1	1	1
KV Saarland	0	0	0	0	0
KV Sachsen	2	3	4	3	4
KV Sachsen-Anhalt	2	2	2	0	0
KV Schleswig-Holstein	0	0	0	0	1
KV Thüringen	0	0	0	0	0
KV Westfalen-Lippe	3	3	5	5	5
Gesamt	15	32	42	43	46

3.3 Erreichbarkeit einer· eines geriatrischen Versorger·in

Die wohnortnahe ambulante Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patient·innen ist ein wichtiger Aspekt für die Einführung der GIAs. Im Folgenden wird untersucht, wie gut Patient·innen den nächstgelegenen spezialisierten geriatrischen Versorger - eine GIA oder eine·n geriatrisch-fachärztlich qualifizierte·n niedergelassene·n Vertragsärzt·in mit Abrechnungsgenehmigung nach § 135 Abs. 2 SGB V - erreichen. Die Darstellung erfolgt in Minuten PKW-Fahrzeiten und die Daten wurden bezogen auf die Einteilung KV-Region, Kreistyp und bundesweit von der KBV zur Verfügung gestellt.

Abbildung 11 zeigt die Anzahl an Einwohner:innen je Fahrzeit und Datenjahr in unterschiedlichen Farben. Eine deutliche Verbesserung der Erreichbarkeit ist von 2016 (grün) zu 2017 (schwarz) zu beobachten – mehr Personen erreichen schneller eine:n geriatrische:n Versorger:in. In den folgenden Jahren zeigen sich bundesweit gesehen noch geringfügige Verbesserungen in der Erreichbarkeit.

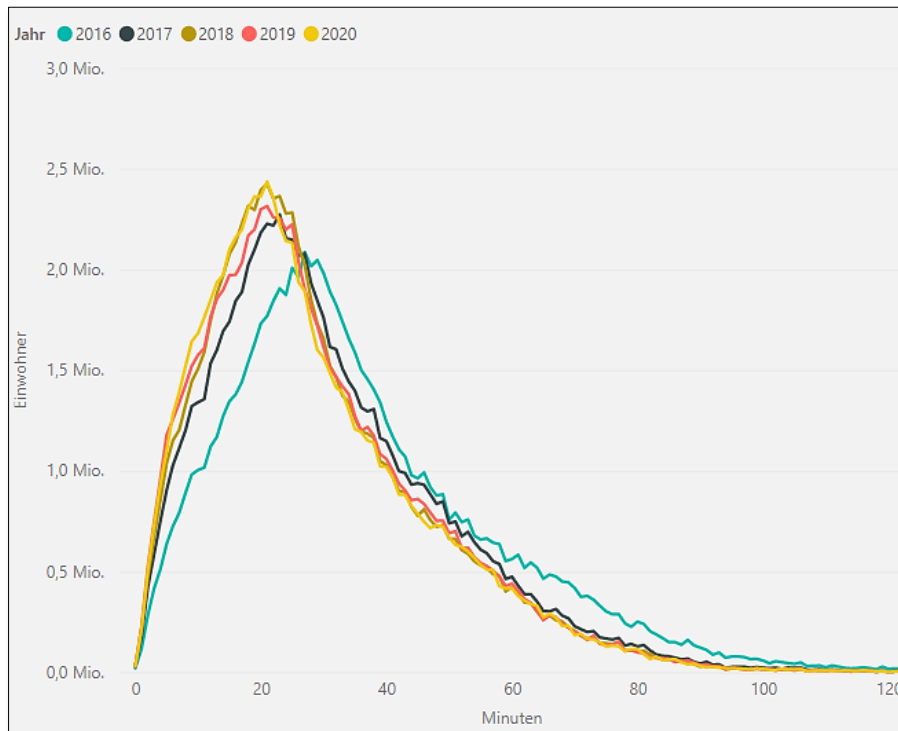


Abbildung 11: Einwohner:innen je Fahrzeit zum-zur nächstgelegenen spezialisierten geriatrischen Versorger:in (2016-2020)

Auch Tabelle 5 lässt eine kontinuierlich verbesserte Erreichbarkeit zu einer geriatrischen Versorgung erkennen. Hier werden die Bevölkerungsperzentile betrachtet und die maximale Fahrzeit je Perzentil dargestellt. So erreicht in 2020 die Hälfte der Einwohner:innen (50,0 %) die:den nächstgelegene:n spezialisierte:n geriatrische:n Versorger:in innerhalb von 24,6 Minuten.

Tabelle 5: Maximale Fahrzeit zur-zum nächstgelegenen Versorger:in nach Einwohner:innenperzentilen, 2016 - 2020

Jahr	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	99 %
2016	12,3	18,4	23,1	27,3	31,5	36,5	43,0	52,3	66,3	101,9
2017	10,1	15,4	19,6	23,3	27,2	31,8	37,7	45,5	56,6	86,6
2018	9,4	14,2	18,1	21,6	25,1	29,3	35,0	42,7	54,3	83,0
2019	8,9	13,8	17,9	21,6	25,3	29,8	35,6	43,3	54,5	83,5
2020	8,9	13,5	17,4	20,9	24,6	29,0	34,8	42,5	54,1	82,6

Innerhalb der einzelnen KV-Regionen zeigt sich die Erreichbarkeit von unterschiedlicher Struktur (Tabelle 6).

Tabelle 6: Einwohner-innenanteil zur Erreichbarkeit eines-r nächstgelegenen geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt-in (2020)

Kassenärztliche Vereinigung	10 min.	20 min	30 min.	45 min.	60 min.
KV Baden-Württemberg	6,1 %	26,7 %	52,0 %	74,5 %	90,1 %
KV Bayern	14,6 %	36,2 %	57,3 %	79,2 %	93,1 %
KV Berlin	47,7 %	80,3 %	96,3 %	99,7 %	
KV Brandenburg	3,7 %	13,7 %	30,2 %	56,3 %	72,2 %
KV Bremen	34,9 %	83,3 %	99,3 %		
KV Hamburg	47,5 %	88,2 %	97,5 %	100,0 %	
KV Hessen	6,7 %	38,1 %	69,4 %	89,3 %	97,7 %
KV Mecklenburg-Vorpommern	2,6 %	7,1 %	13,6 %	34,3 %	72,6 %
KV Niedersachsen	6,6 %	23,0 %	48,0 %	76,9 %	91,8 %
KV Nordrhein	15,0 %	56,3 %	89,0 %	98,8 %	99,8 %
KV Rheinland-Pfalz	21,1 %	56,2 %	83,7 %	97,2 %	99,5 %
KV Saarland	13,2 %	48,6 %	84,1 %	99,4 %	
KV Sachsen	14,3 %	34,2 %	51,5 %	77,6 %	88,6 %
KV Sachsen-Anhalt	2,6 %	7,7 %	31,4 %	71,1 %	93,0 %
KV Schleswig-Holstein	13,1 %	35,8 %	62,8 %	84,1 %	91,8 %
KV Thüringen	2,6 %	7,6 %	23,2 %	59,3 %	87,8 %
KV Westfalen-Lippe	12,5 %	44,2 %	70,7 %	90,7 %	97,7 %

In kleinen KV-Regionen wie der KV-Region Hamburg oder der KV-Region Bremen ist entsprechend einer kleineren zu versorgenden Fläche eine bessere Erreichbarkeit gegeben, als in großflächigen KV-Regionen wie in der KV-Region Mecklenburg-Vorpommern. In der KV-Region Hamburg können im Jahr 2020 bspw. 47,5 % der Bevölkerung innerhalb von 10 Minuten und 97,6 % innerhalb von 30 Minuten eine-n geriatrisch qualifizierte-n Versorger-in erreichen. In 2020 erreichen 2,6 % der Bevölkerung der KV-Region Mecklenburg-Vorpommern innerhalb von 10 Minuten eine-n geriatrisch qualifizierte-n Versorger-in, 13,6 % innerhalb von 30 Minuten und 72,6 % innerhalb von 60 Minuten.

Abbildung 12 veranschaulicht die Einwohner-innenanzahl je Kreistyp nach der Fahrzeit zu einer-einem nächstgelegenen geriatrischen Versorger-in. Die Erreichbarkeit für die Patient-innen ist in den kreisfreien Großstädten am besten: Im Jahr 2020 erreichen 92,5 % der Einwohner-innen die-den nächstgelegene-n geriatrisch qualifizierte-n Versorger-in innerhalb von 30 Minuten (2016: 76,7 %). In städtischen Kreisen erreichen 2020 durchschnittlich 66,3 % (2016: 48,1 %) der Bevölkerung innerhalb von 30 Minuten eine-n nächstgelegene-n geriatrische-n Versorger-in, in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen sind es in 2020 37,9 % (2016: 24,2 %) und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen 24,2 % (2016: 16,7 %).

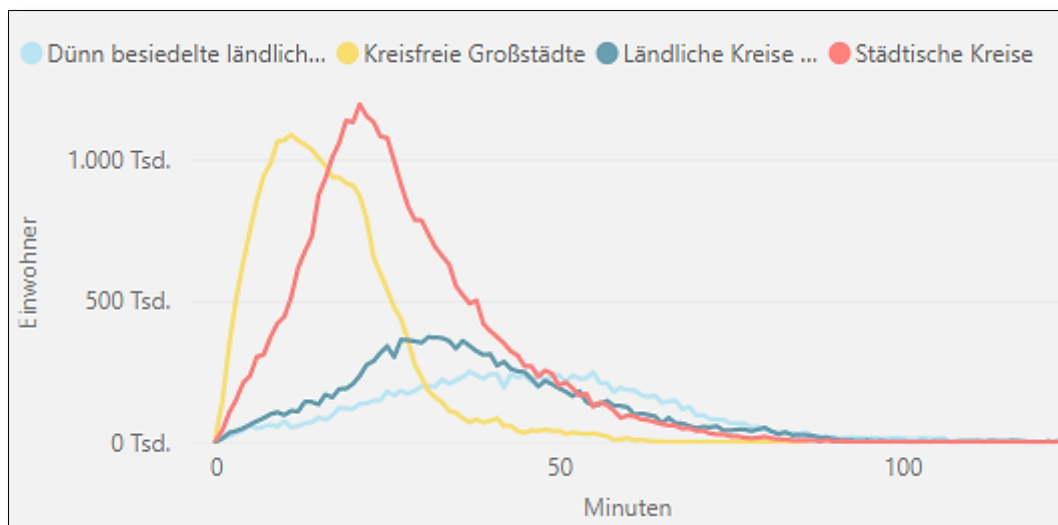


Abbildung 12: Einwohner-innen je Kreistyp nach Fahrzeit zu einer-einem nächstgelegenen geriatrischen Versorger-in (2020)

3.4 Ermächtigungen und Abrechnungsgenehmigungen

3.4.1 Ermächtigungen

Nach § 118a SGB V können geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie geriatrische Rehabilitationskliniken Ermächtigungsanträge stellen, um an der ambulanten geriatrischen Versorgung teilzunehmen.

Über den Evaluationszeitraum wurden 115 Ermächtigungsanträge gestellt, wovon 84 genehmigt wurden. Bei 32 von den 84 genehmigten Ermächtigungen handelt es sich um Folgeanträge (38,1 %). Die reduzierte Anzahl an genehmigten Ermächtigungen im Vergleich zu den Anträgen ist auf noch laufende Verfahren, auf Ablehnungen oder Rücknahmen der Anträge zurückzuführen. In 2016 sind insgesamt 41 Anträge dokumentiert, wovon 36 als Erstanträge (86,5 %) gestellt sind. Hingegen sind in 2020 24 Anträge gestellt, wovon sechs als Erstanträge angegeben sind (25,0 %).

Tabelle 7 zeigt die zeitliche Entwicklung der genehmigten Ermächtigungen je KV. In 2016 sind bundesweit 20 Ermächtigungen erteilt, in 2020 sind dies mit einem Rückgang um etwa ein Drittel 14 Genehmigungen. In einigen KV-Regionen gibt es über den Zeitraum von 2016-2020 keine Antragsstellungen und somit auch keine Ermächtigungen. In den KV-Regionen Bremen, Hessen, Saarland und Thüringen sind weder Ermächtigungen noch GIAs (vgl. Kapitel 3.2.3) dokumentiert.

Tabelle 7: Anzahl an genehmigten Ermächtigungsanträgen nach § 118a SGB V, 2. Hbj. 2016 - 2020

Kassenärztliche Vereinigung	2016	2017	2018	2019	2020
KV Baden-Württemberg	2	1	2	3	1
KV Bayern	1	5	2	3	1
KV Berlin	1	0	1	0	0
KV Brandenburg	0	0	0	1	0
KV Bremen	0	0	0	0	0
KV Hamburg	6	0	0	2	0
KV Hessen	0	0	0	0	0
KV Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0
KV Niedersachsen	7	2	6	0	4
KV Nordrhein	0	6	1	4	1
KV Rheinland-Pfalz	0	2	0	1	0
KV Saarland	0	0	0	0	0
KV Sachsen	2	1	1	2	2
KV Sachsen-Anhalt	1	0	0	0	1
KV Schleswig-Holstein	0	0	0	0	1
KV Thüringen	0	0	0	0	0
KV Westfalen-Lippe	0	0	3	1	3
Gesamt	20	17	16	17	14

3.4.2 Abrechnungsgenehmigungen

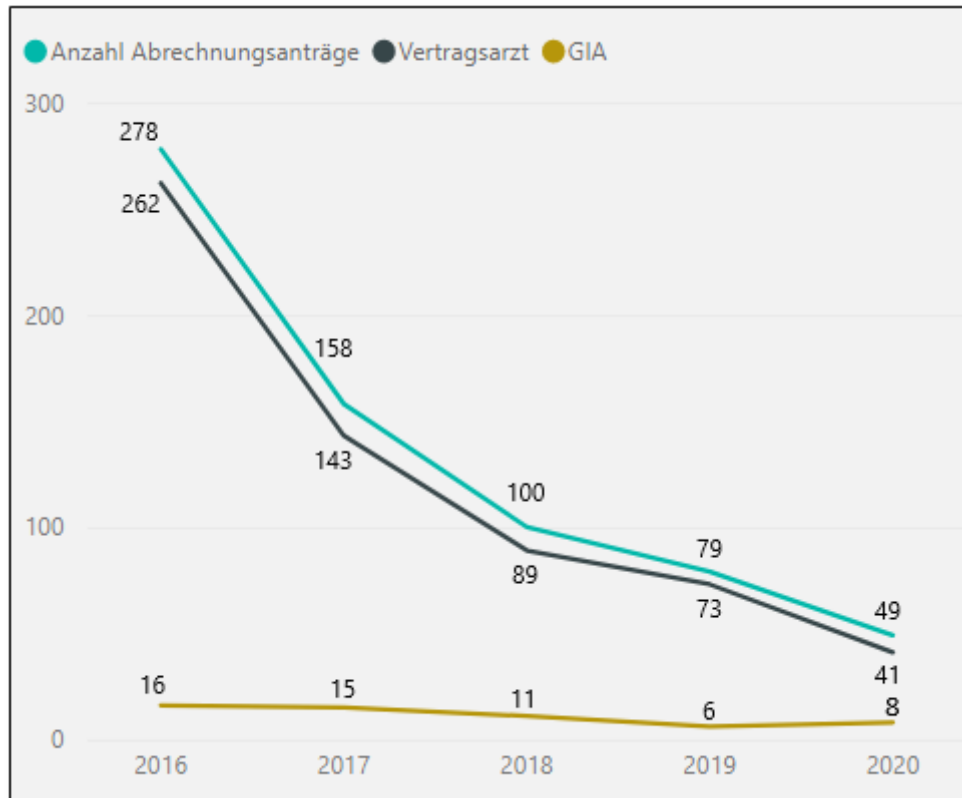
Die Abrechnungsgenehmigung für die Gebührenordnungspositionen (GOP) des Abschnittes 30.13 regelt die „Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik“.

Seit Einführung dieser Qualitätssicherungsvereinbarung ist ein kontinuierlicher Rückgang an Abrechnungsgenehmigungen durch geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt-innen zu verzeichnen (Abbildung 13). 2016 werden 360 Anträge gestellt, wohingegen es in 2020 noch 56 Anträge sind. Zu berücksichtigen ist, dass die Anzahl der Abrechnungsgenehmigungen durch etwa ein Viertel Antragsablehnungen reduziert ist. Insgesamt wurden über den Evaluationszeitraum 608 Abrechnungsgenehmigungen an Vertragsärzt-innen erteilt.

Ebenso ist insgesamt ein Rückgang an Abrechnungsgenehmigungen bei den GIAs zu verzeichnen: von 16 in 2016 zu acht in 2020. Geriatrische Institutsambulanzen weisen in 2020 16,3 % aller Abrechnungsgenehmigungen auf.

Eine Differenzierung der Abrechnungsgenehmigung nach den möglichen Qualifikationsnachweisen nach § 135 Abs. 2 SGB V zeigt, dass in etwa zwei Drittel aller Vertragsärzt-innen, die Anträge stellen, eine geriatrische Facharztbezeichnung tragen, das heißt nach § 3 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung qualifiziert sind.

Abbildung 13: Entwicklung genehmigte Abrechnungsanträge, 2. Hbj. 2016 – 2020



3.5 Leistungsgeschehen

Gebührenordnungspositionen (GOP)

Allen medizinischen Leistungen im vertragsärztlichen Bereich, die Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen dürfen, sind sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP). Tabelle 8 listet die GOP-Ziffern und die Leistungsbeschreibung der im vorliegenden Bericht aufgeführten GOP auf.

Tabelle 8: Gebührenordnungspositionen (GOP)

GOP-Ziffer	Beschreibung
30980	Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments durch den überweisenden Vertragsarzt (GOP 30984)
30981	Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments (GOP 30984)
30984	weiterführendes geriatrisches Assessment nur auf Überweisung nach Abklärung (GOP 30980 und 30981)
30985	Fortsetzung Assessment über 60 Minuten Zuschlag je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall
30986	Fortsetzung Assessment über 120 Minuten Zuschlag je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall
30988	Zuschlag zu GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment GOP 30984
03360	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex

Abgesehen von den GOP-Ziffern zum hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03360 und GOP 03362) sind alle aufgeführten Gebührenordnungspositionen nach EBM 30.13 nur bei multimorbiden geriatrischen Patient:innen abrechenbar. Eine Abrechnungsgenehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V (vgl. 3.4.2) muss vorliegen.

3.5.1 Leistungshäufigkeit und Ausgaben (GOP 30980, GOP 30981, GOP 30984, GOP 30988)

Die Leistungshäufigkeit und die Ausgaben für die beiden GOPs 30980 und 30988, die ganz überwiegend durch den hausärztlichen Versorgungsbereich abgerechnet werden, stagnieren vom zweiten Halbjahr 2016 zu 2020 oder sind rückläufig (vgl. Abbildung 14 und Abbildung 15).

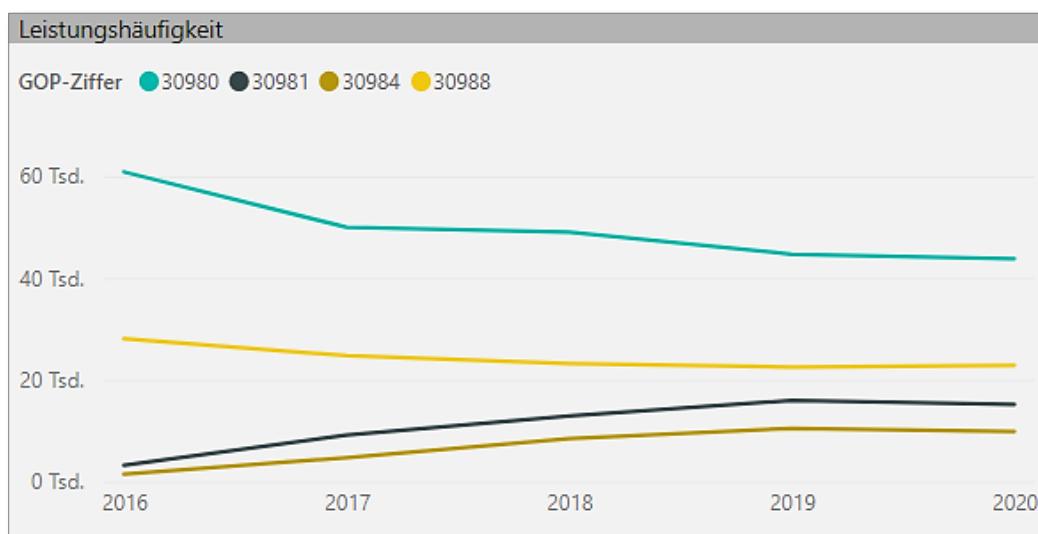


Abbildung 14: Zeitliche Entwicklung Leistungshäufigkeit, 2. Hbj. 2016 – 2020

Die Abbildungen 14 und 15 zeigen, dass die GOP 30980 (grün), Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments durch die den überweisenden Vertragsärzt:in, von den aufgeführten GOP-Ziffern mit einer Leistungshäufigkeit von 43.796 und einem Ausgabenvolumen von 870.611 € auch noch im Jahr 2020 am häufigsten abgerechnet wird. Anteilig geht der Leistungsbedarf der GOP 30980 vom zweiten Halbjahr 2016 (77,0 %) gegenüber 2020 zurück auf 40,4 %.

Die Leistungen, die sich auf die GOP 30981 und GOP 30984 beziehen, die nur von geriatrisch besonders qualifizierten Fachärzt:innen durchgeführt werden, nehmen im betrachteten Zeitraum zu, zeigen jedoch zu 2020 eine leicht rückläufige Entwicklung. Insbesondere bei der GOP 30984 (braun), d. h. bei der Leistung „weiterführendes geriatrisches Assessment nur auf Überweisung nach Abklärung (GOP 30980 und GOP 30981)“, ist bis 2019 eine Zunahme von Ausgaben zu beobachten von 134.026 € im zweiten Halbjahr 2016 zu 996.564 € in 2019 - der Anteil der GOP 30984 innerhalb dieser vier GOPs wächst von 8,4 % auf 45,1 %. Die Entwicklung ist seit 2020 rückläufig auf 945.743 € (43,9 %).

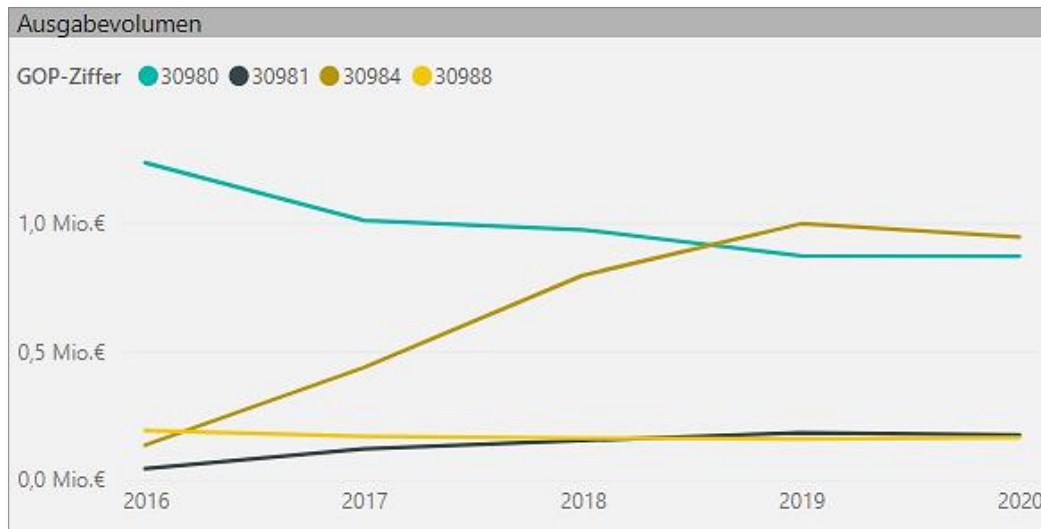


Abbildung 15: Zeitliche Entwicklung Ausgabenvolumen, 2. Hbj. 2016 - 2020

Tabelle 9 zeigt auf, dass sich insgesamt betrachtet die Häufigkeit der betrachteten vier GOPs nicht wesentlich verändert hat. Beim Ausgabenvolumen hingegen kann eine Steigerung vom zweiten Halbjahr 2016 (1.601.890 €) bis 2019 (2.208.207 €) beobachtet werden. Der Großteil der aufgeführten Gebührenordnungspositionen entfällt auf Vertragsärzt-innen (2016: 99,0 %/ 2020: 99,5 %). An GIAs wird ein vergleichsweise geringer Anteil von 1,0 % in 2016 abgerechnet und der relative Anteil sinkt bis zum Jahr 2020 weiter auf 0,5 %.

Tabelle 9: Zeitliche Entwicklung der Behandlungsfälle und Ausgabenvolumina, 2. Hbj. 2016 - 2020

Vertragsarzt/ GIA	GIA		Vertragsarzt		Gesamt	
	Leistungshäufigkeit	Leistungsbedarf	Leistungshäufigkeit	Leistungsbedarf	Leistungshäufigkeit	Leistungsbedarf
2016	904	17.225 €	92.582	1.584.666 €	93.486	1.601.890 €
2017	523	23.654 €	87.928	1.710.296 €	88.451	1.733.950 €
2018	783	36.729 €	92.721	2.045.390 €	93.504	2.082.119 €
2019	693	33.014 €	92.785	2.175.193 €	93.478	2.208.207 €
2020	475	20.191 €	91.090	2.133.047 €	91.565	2.153.238 €

3.5.2 Zuschlagsziffern und Verteilung nach Einrichtungsart

Die Zuschlagsziffern GOP 30985 (Fortsetzung Assessment über 60 Minuten) und GOP 30986 (Fortsetzung Assessment über 120 Minuten) ergänzen die GOP 30984 (weiterführendes geriatrisches Assessment).

Vom zweiten Halbjahr 2016 (177.645 €) zu 2019 (1.428.173 €) ist ein Anstieg der Ausgaben für die GOP 30984 (Assessment) und der damit verbundenen Zuschlagsziffern GOP 30985 und GOP 30986 zu beobachten, wohingegen im Vergleich mit 2020 ein Rückgang der Abrechnungen erkennbar ist (1.311.152 €).

Abbildung 16 stellt die Verteilung der Fälle für das Jahr 2020 dar. Bei insgesamt 11.243 Fällen wird die GOP 30984 ohne Zuschläge mit einer Anzahl von 5.400 (48,0 %) abgerechnet, bei 4.433 Fällen (39,4 %) mit Zuschlagsziffern.

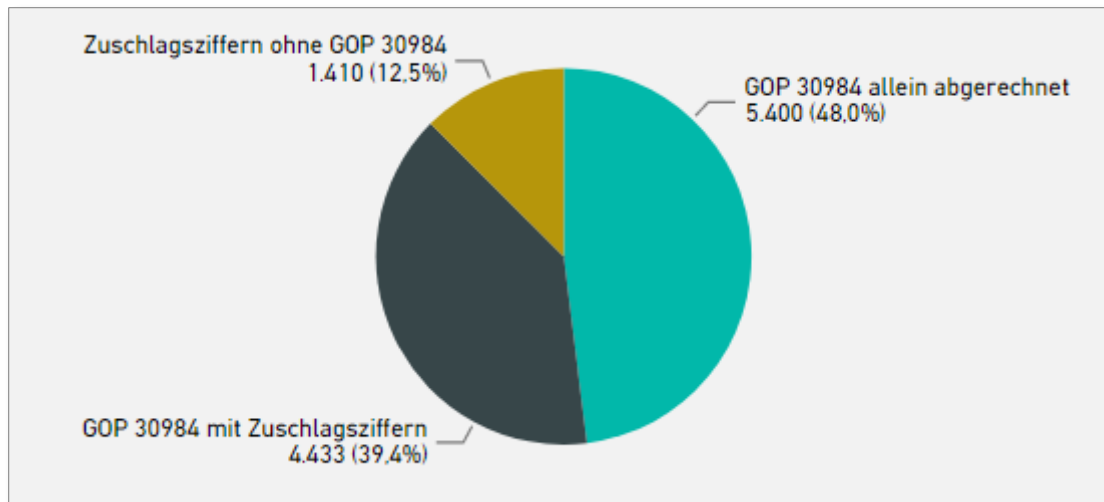


Abbildung 16: Behandlungsfälle nach Abrechnungskategorie (2020)

Die Verteilung nach Einrichtungsart in Abbildung 17 für das Jahr 2020 zeigt, dass das Assessment meist in Einzelpraxen (61,3 %) und in Gemeinschaftspraxen (29,6 %) durchgeführt wird. Von 2016 zu 2020 ist eine rückläufige Entwicklung erkennbar.

Der Anteil an Patient:innen hingegen, die für das Assessment eine zentrale Einrichtung wie ein MVZ (2. Hbj. 2016: 0,9 %/ 2020: 7,3 %) oder ein ermächtigt Krankenhaus (2. Hbj. 2016: 0,2 %, 3 Fälle/ 2020: 1,2 %, 132 Fälle) aufsuchen, nimmt über den Evaluationszeitraum insgesamt betrachtet zu. In 2020 ist dieser Trend wieder leicht rückläufig.

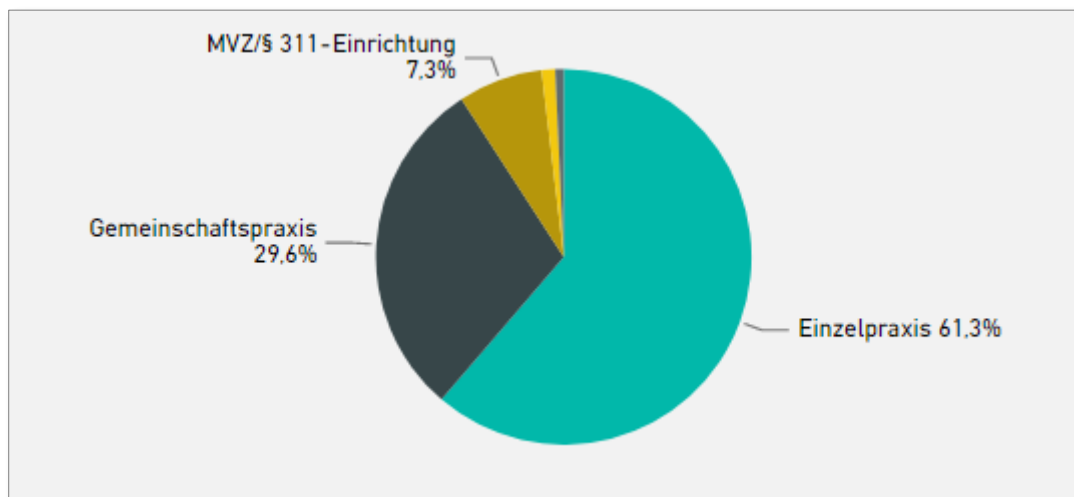


Abbildung 17: Behandlungsfälle nach Einrichtungsart (2020)

3.5.3 Hausärzt:innen und Einleitung von Therapiemaßnahmen

Die GOP 03360 (hausärztlich-geriatrisches Basisassessment) und GOP 03362 (hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex) sind den Hausärzt:innen zur Abrechnung vorbehalten. Über den Evaluationszeitraum ist eine kontinuierliche Steigerung der bereits 2013 eingeführten GOP 03360 und GOP 03362 zu beobachten (Tabelle 10).

Im Zeitraum von 2017 (GOP 03360: 6.970.439/ GOP 03362: 14.263.948) bis 2020 (GOP 03360: 7.509.603/ GOP 03362: 15.494.014) ist ein Zuwachs für beide GOPs von durchschnittlich 8,3 % zu verzeichnen.

Tabelle 10: Anzahl GOP, 2. Hbj. 2016 - 2020

GOP	2016	2017	2018	2019	2020
03360	3.348.350	6.970.439	7.076.436	7.315.662	7.509.603
03362	6.898.438	14.263.948	14.744.582	15.157.052	15.494.014
30980	60.823	49.937	49.001	44.658	43.796
30981	3.155	9.102	12.854	15.930	15.098
30988	28.053	24.723	23.203	22.458	22.832
Gesamt	10.338.819	21.318.149	21.906.076	22.555.760	23.085.343

Bei den neu eingeführten GOPs (vgl. 3.5.1) fällt auf, dass im ersten Halbjahr nach Einführung (2. Hbj. 2016) die Vorkonsultationen durch Hausärzt:innen (GOP 30980: 60.823) sowie des Zuschlags zur Einleitung von Therapiemaßnahmen (GOP 30988: 28.053) in hoher Anzahl abgerechnet wurden und in den folgenden Jahren die Anzahl rückläufig ist.

Die Vorkonsultation durch spezialisierte geriatrische Fachärzt:innen (GOP 30981), die nur in Kreisen mit Abrechnungsgenehmigung abgerechnet wird, nimmt von 3.155 im zweiten Halbjahr 2016 zu 15.930 in 2019 zu und weist dann zu 2020 eine rückläufige Entwicklung auf.

4 Fazit

Schlussfolgerungen

Die prognostizierte Alterung der Bevölkerung zeigt, dass der Bedarf an Strukturen zur Versorgung von multimorbiden geriatrischen Patient:innen weiter steigen wird.

Seit 2011 ist ein kontinuierlicher Zuwachs an geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen zu beobachten. Nach der Einführung von § 118a SGB V und den neuen GOPs des Abschnittes 30.13 des EBM zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik stieg die Zahl an Vertragsärzt:innen nochmals deutlich an. Ab 2019 stagnierte diese Entwicklung. Nicht alle derart qualifizierten Ärzt:innen, im Jahr 2020 insgesamt 1.180, rechnen Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung ab.

Zur Abrechnung der neu eingeführten GOPs ist eine Abrechnungsgenehmigung erforderlich, die im zweiten Halbjahr 2016 an 278 Vertragsärzt:innen (oder GIAs) vergeben wurde. In den Folgejahren ging die Anzahl auf 49 Genehmigungen in 2020 zurück. Insgesamt wurden über den Evaluationszeitraum 664 Abrechnungsgenehmigungen erteilt. Geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen erhielten davon 608 Genehmigungen, das bedeutet, dass etwas mehr als die Hälfte der 1.180 geriatrisch besonders qualifizierten Ärzt:innen Deutschlands geriatrische Patient:innen nach GOPs des Abschnittes 30.13 ambulant behandeln.

Laut den Qualitätsberichten 2019 haben sich bundesweit 414 Krankenhäuser mit geriatrischer Fachabteilung sowie 1.230 Krankenhäuser mit einem geriatrischen Versorgungsschwerpunkt an der stationären Behandlung älterer Patient:innen beteiligt. Im Vergleich dazu gibt es bundesweit betrachtet eine relativ geringe Anzahl an GIAs. Nach der Einführung war eine deutliche Zunahme zu beobachten, die jedoch in 2019 und 2020 stagnierte. Insgesamt sind in 2020 46 geriatrische Institutsambulanzen bekannt. Die Anzahl erteilter Ermächtigungen zur ambulanten Versorgung durch die Krankenhäuser war rückläufig. In 2020 wurden 14 Ermächtigungen erteilt, wovon 10 aus Folgenanträgen stammen. Die Krankenhäuser haben folglich die Möglichkeit zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patient:innen in Geriatrischen Institutsambulanzen nur in geringem Umfang wahrgenommen.

In einigen KV-Regionen wie Thüringen, Hessen oder dem Saarland sind keine GIAs vorhanden oder Ermächtigungen erteilt. Während in Thüringen und im Saarland auch wenige geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen verzeichnet sind und sich die Erreichbarkeit einer:ines Versorger:in für die Patient:innen nicht wesentlich von 2016 bis 2020 verändert hat, so zeigt sich in Hessen durch einen Zuwachs an geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen eine im bundesweiten Vergleich etwas verzögerte, jedoch deutliche Verbesserung der Erreichbarkeit. Insbesondere diejenigen KV-Regionen, in denen der Anteil der über 70-Jährigen sehr hoch ist und weiter stark steigt, sind weit von einer wohnortnahen spezialisierten Versorgung entfernt. Ein Beispiel: In der KV Mecklenburg-Vorpommern erreichen in 2020 13,6 % der Einwohner:innen die:den nächstgelegene:n spezialisierte:n geriatrische:n Versorger:in innerhalb von 30 Minuten (KV Nordrhein: 89,0 %). In den verschiedenen KV-Regionen sind teils deutliche Unterschiede hinsichtlich der geriatrisch spezialisierten Versorgungsstruktur festzustellen. Das vergleichsweise kleine Bundesland Hamburg, in dem auch ohne Unterstützung der GIAs eine wohnortnahe Versorgung durch die Vertragsärzt:innen gegeben ist, verfügt bereits über zehn der insgesamt 46 GIAs bundesweit.

Die neu eingeführten GOPs wurden von vergleichsweise wenigen Geriatrischen Institutsambulanzen abgerechnet. Das Ziel der Einrichtung von GIAs ist laut § 118a SGB V die „Unterstützung der ambulanten geriatrischen wohnortnahen Versorgung, soweit und solange dies notwendig ist, um eine ausreichende ambulante strukturierte und koordinierte geriatrische Versorgung sicherzustellen“. Angesichts des weiterhin relativ großen Anteils von Patient:innen in vielen KV-Regionen, die länger als 30 PKW-Minuten zu nächstgelegenen geriatrischen Leistungserbringer:innen fahren müssen, der vergleichsweise wenigen GIA-Ermächtigungen und des geringen Anteils in GIAs abgerechneter Versorgungsleistungen ist davon auszugehen, dass dieses Ziel bundesweit nicht erreicht wird.

Der Anteil der GIAs am abgerechneten Leistungsvolumen ging von 1,0 % im Jahr 2016 auf 0,5 % im Jahr 2020 zurück. Insgesamt sind die Ausgaben für Leistungen der spezialisierten geriatrischen Versorgung seit 2016 deutlich gestiegen, in 2020 jedoch stagniert. Dies könnte durch die Covid-19-Pandemie bedingt gewesen sein, da insbesondere multimorbide Patient:innen Kontakte, und damit auch Arzt-Patient-Kontakte, reduzierten. Die Einleitung von Therapiemaßnahmen war erschwert, da Patient:innen weniger Bereitschaft zeigten, entsprechende Heilmittelerbringer:innen wie Physiotherapeut:innen oder Logopäd:innen aufzusuchen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass sich durch die neu eingeführten gesetzlichen Regelungen die Erreichbarkeit einer-eines geriatrisch besonders qualifizierten Versorger:in in den ersten zwei Jahren des Beobachtungszeitraums bundesweit insgesamt deutlich verbessert hat. Jedoch traten nicht in allen KV-Regionen signifikante Verbesserungen ein.

Ausblick

Die Evaluation basiert weitgehend auf aggregierten Daten. Um mögliche weiterführende Zusammenhänge aufzudecken, sind Analysen mit differenzierteren Daten erforderlich. Insbesondere durch einen regionalisierten Forschungsansatz können aufgrund der heterogenen Strukturen innerhalb Deutschlands weitere Erkenntnisse gewonnen werden.

Mit Geokodierungen zu den GIAs und Vertragsärzt:innen könnte untersucht werden, ob sich die Erreichbarkeit geriatrischer Leistungserbringer:innen für die Patient:innen signifikant verändern würde, wenn die Versorgung ausschließlich durch geriatrisch besonders qualifizierte Vertragsärzt:innen ohne GIAs erfolgen würde.

Es wurde bereits herausgestellt, dass etwas mehr als die Hälfte der geriatrisch besonders qualifizierten Vertragsärzt:innen eine Abrechnungsgenehmigung beantragt und erhalten hat. Es erscheint daher sinnvoll eine Analyse von Fällen und den zugehörigen GOPs, die nicht zum Kapitel 30.13. EBM gehören, für alle geriatrischen Patient:innen durchzuführen. Dies könnte zeigen, inwieweit Vertragsärzt:innen, die über keine Abrechnungsgenehmigung für die neuen GOPs verfügen, an der Diagnostik und Therapie multimorbider geriatrischer Patient:innen beteiligt sind und zur Verbesserung der wohnortnahen Versorgung geriatrischer Patient:innen beitragen.

Literaturverzeichnis

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (2018): *Was ist Geriatrie?* Abgerufen von: <https://www.dggeriatrie.de/ueber-uns/was-ist-geriatrie>.

de Vries, N. M., Staal, J. B., van Ravensburg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rickert, M. G. M., Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2011): *Outcome instruments to measure frailty: a systematic review*. Ageing research reviews, 10(1): 104-114.

Fuchs, J., Scheidt-Nave, C., Gaertner, B., Dapp, U., von Renteln-Kruse, W., Saum, K.-U., Thorand, B., Strobl, R., Grill, E. (2015): *Frailty in Deutschland: Stand und Perspektiven. Ergebnisse eines Workshops der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie*. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49: 734-742.

Mitnitski, A. B., Mogilner, A. J., Rockwood, K. (2001): *Accumulation of Deficits as a Proxy Measure of Aging*. The Scientific World, 1: 323-336.