

Geriatrische Komplexbehandlung

Norbert Wrobel, Bremen

Als Folge des demografischen Wandels kommen in den nächsten Jahren große Herausforderungen auf die Krankenhäuser zu. Die Dramatik dieser Entwicklung lässt keine Zweifel mehr daran, dass die geriatrische Komplexbehandlung zur Grundversorgung und damit in jedes Versorgungskrankenhaus gehört.

Wie Modellrechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen, kann der absehbare demografische Wandel in Deutschland zu etwa 58% mehr Pflegebedürftigen und 12% mehr Krankenhausbehandlungen im Jahr 2030 im Vergleich zu heute führen. Die Zahl der Pflegebedürftigen dürfte von 2,1 Millionen auf 3,4 Millionen und die in Krankenhäusern behandelten Fälle von 17 auf 19 Millionen steigen. Ursache für diese Zunahmen ist die zunehmende Zahl an Älteren bei insgesamt sinkender Gesamtbevölkerung. Nach den Ergebnissen der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung wird die Zahl der 60-Jährigen und Älteren bis 2030 um rund 38% von 20,5 Millionen auf voraussichtlich 28,4 Millionen Einwohner und die der über 80-Jährigen vermutlich sogar um 73% von 3,6 Millionen auf 6,3 Millionen ansteigen. Die veränderte Bevölkerungsstruktur dürfte zukünftig zu einem deutlich höheren Anteil älterer Pflegebedürftiger führen: Während heute 53% der Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter sind, könnten es im Jahr 2030 rund 65% sein. Die Zahl der Pflegebedürftigen in diesem Alter nimmt dabei von 1,1 Millionen auf etwa 2,2 Millionen im Jahr 2030 zu.

Krankheitsaufkommen und Sterblichkeit

Aktuell und perspektivisch werden die Deutschen vor allem an Herz-Kreislauf-erkrankungen und an chronisch degenerativen Erkrankungen sterben. Vor allem

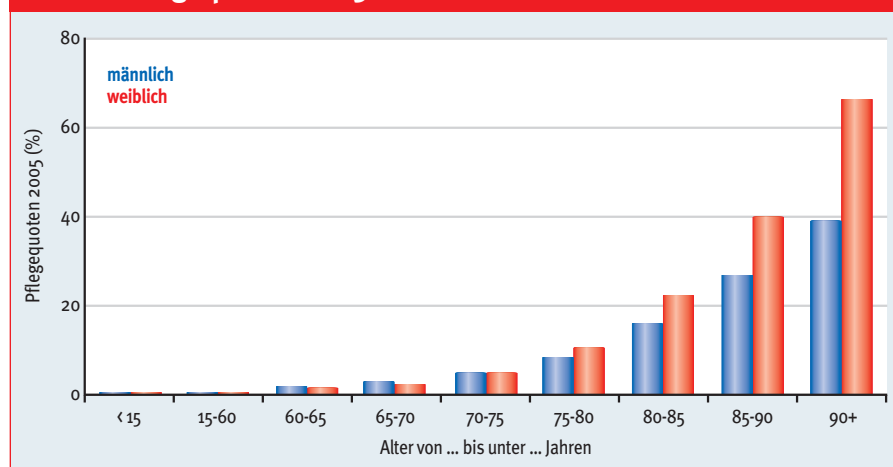
aber nehmen bis 2015 die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen deutlich zu. Chronisch- (neuro-) degenerative Erkrankungen werden die ambulante Versor-

gung dominieren, während die Krankenhäuser mit einem altersbezogenen Anstieg von Behandlungsfällen zu rechnen haben. Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen werden somit das künftige stationäre Leistungsaufkommen entscheidend bestimmen.

Leistungsevident sind aber auch Knochen- und Gelenkerkrankungen, etwa nach Stürzen mit Frakturen, oder chronisch- (neuro-) degenerative Erkrankungen, deren Prävalenz absolut gesehen am höchsten ist.

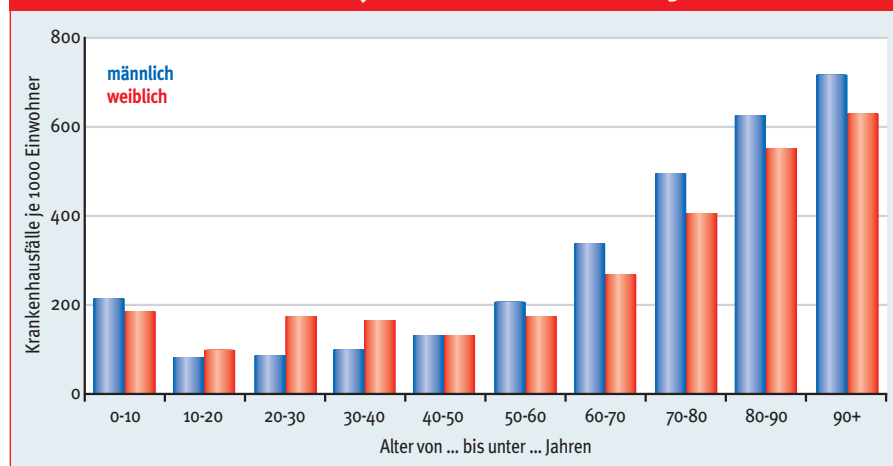
Das DRG-System wird allerdings nicht allein durch eine Zunahme an abrechnungsrelevanten Hauptdiagnosen, sondern vor allem durch die Schwere des Behandlungsfalls belastet werden. Dieser Sachverhalt erklärt sich eindeutig durch die altersabhängig zunehmende Multimorbidität.

Abb. 1: Pflegequoten 2005 nach Geschlecht und Alter



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Abb. 2: Krankenhausfälle je 1.000 Einwohner 2005



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Grenzen der medizinischen Versorgung

Höchste Versorgungsansprüche sind eigentlich erst für die Baby-Booming-Generation anzunehmen, in der aktuellen Versorgungsrealität sind sie jetzt schon evident. So „erzwang“ eine 92-jährige Frau eine ACVB-Operation, weil sie in einem Zustand ständiger Herzschmerzen „so nicht mehr weiterleben wollte“. Intraoperativ erlitt sie einen Schlaganfall, von dessen Folgen sie sich jedoch gut erholte. Nach eigenem Bekunden würde sie diese Behandlungstortur "jederzeit" wiederholen lassen. Für den Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bei reduzierter Lebenserwartung älterer Patienten werden innovative, dafür aber kostenintensive Behandlungsmethoden entstehen, wie etwa die Stentimplantation bei stenosierenden gastrointestinalen Tu-

mores. Das DRG-System wird nicht erst perspektivisch mit voller Kraft von der Bevölkerungs- und Altersentwicklung überrollt. Spannend bleibt deshalb die Suche nach der Antwort auf die Frage, ob die Veränderung in Struktur und Organisation, die das DRG-System ausgelöst hat, in den Krankenhäusern diese kostenintensive Entwicklung durch eine erhoffte bessere Versorgungsqualität wird kompensieren können. Obgleich immer mehr alte und sehr alte Patienten stationär behandelt werden, ist eine richtungsführende Strukturänderung allerdings immer noch nicht auszumachen. Tatsächlich ist die Versorgung weiterhin fachdisziplinär ausgerichtet und hat bestenfalls Attribute wie eine „Alterskardiologie“ hervorgebracht. Die wahre Herausforderung offenbart sich mit der Kalkulation des demografieassoziierten Leistungsaufkommens. Während aus monosympto-

matischen Behandlungsfällen problemlos kostenhomogene Gruppen gebildet werden können, entzieht sich der multimorbide, ältere Patient der sachgerechten Vergütung entstandener Leistungsaufwendungen, etwa beim Vorliegen zweier gleichwertiger Hauptdiagnosen.

Geriatrische Komplexbehandlung im G-DRG-System

Im australischen AR-DRG-System ist eine Vergütung geriatrischer Leistung nicht vorgesehen. Bedingt durch den 100-Prozent-Leistungsansatz im G-DRG-System sah sich der Fachbereich von Anfang an einem enormen Handlungsdruck ausgesetzt, um den für seine Leistungen sachgerechten Vergütungsanteil aus dem DRG-Budget am Ende der Konvergenz zu sichern. Kreativ etablierte er ein sozial- und leistungsrechtlich nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V abgesichertes, fachspezifisches Leistungsspektrum als frührehabilitative Leistung und innovativ als erster eine DRG-konforme „Komplexbehandlung“. Klassifikatorisch konnte auf ICD-Basis der geriatrische Behandlungsfall definiert und prozedural ein adäquater Leistungsumfang unter definierten Qualitätsaspekten entwickelt werden. Durch die bisher zu geringe Anzahl an InEK-Kalkulationsfällen konnte der MDC-Bereich noch nicht umfassend abgedeckt werden. In wichtigen Leistungsbereichen, etwa in der Schlaganfallbehandlung oder der Nachversorgung nach Knochenfrakturen mit oder ohne Endoprothetik, ist die sachadäquate Vergütung geriatricspezifischer Leistung inzwischen erlösseitig abgesichert.

DRG-Leistungsprodukt und Qualität

Die Geriatrie erwartet einen fairen Preis für ihr Produkt. Über Fallsimulationen und eine operationalisierende Fall- und Leistungsdefinition ist dem Fachbereich in einem inzwischen prozedural orientierten Fallgruppensystem eine genügend genaue „Produktbeschreibung“ gelungen, für die in einem sich entwickelnden Preissystem auch ein fairer produktbezogener Preis erwartet werden kann. Parallel zu Bemühungen, Kosten nach betriebswirt-

Abb. 3: Krankenhauspatienten 2006 nach Altersgruppen

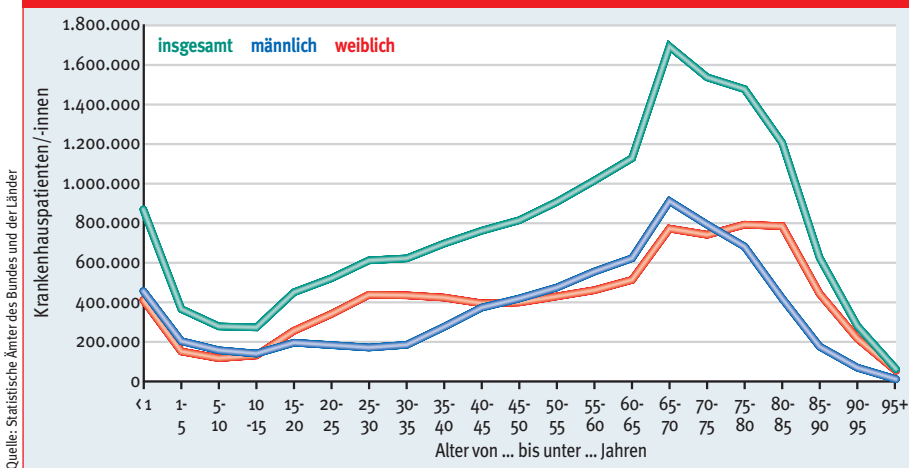
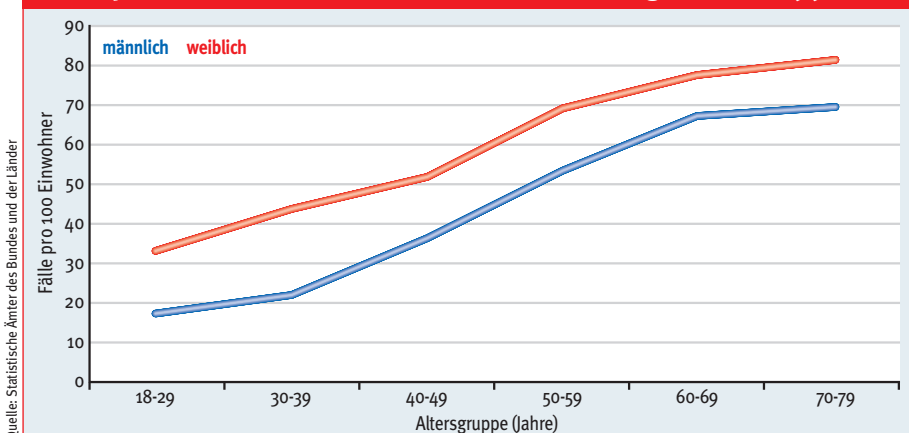


Abb. 4: Multimorbidität – Prävalenzentwicklung der BRD 1998



schaftlichen Regeln und durch Prozessoptimierung zu senken, wurden Maßnahmen ergriffen, um die Wettbewerbsfähigkeit nach qualitätsorientierten Gesichtspunkten sicherzustellen. Hierzu zählt der Erwerb von Zertifikaten zum Beispiel nach KTQ oder DIN EN ISO 9000 und dem Qualitätssiegel Geriatrie. Der Fachbereich kann komplexe Probleme lösen und wird so sein Ziel erreichen, den für eine qualitativ hochwertige altersmedizinische Versorgung notwendigen DRG-Budgetanteil am Ende der Konvergenz zu sichern.

Geriatrische Komplexbehandlung ist medizinische Grundversorgung

Die zunehmende altersabhängige Multimorbidität provoziert unweigerlich die

Notwendigkeit einer komplexen Behandlung. Die Finanzierung komplexer Behandlungsmethoden ist DRG- und damit ordnungspolitisch relevant. Geriatrische Behandlung verfolgt a priori einen kurativen Therapieansatz, wenn dieser nicht möglich ist, eine der Situation angemessene Optimierungsrestitution. Der Vorteil dieser Komplexleistung innerhalb des DRG-Systems besteht nun darin, dass „geriatrietypische Multimorbidität“ Bestandteil der Falldefinition ist und das Leistungsaufkommen damit explizit korrespondiert. A posteriori kann so der Behandlungsstau von demografieinduzierter Multimorbidität optimal aufgelöst, das DRG-Wirtschaftlichkeitsprinzip ideal gewahrt werden. Sowohl sozial- und leistungsrechtlich als Frührehabilitation im Krankenhaus wie auch

DRG-konform als Komplexbehandlung (OPS 8-550) abgesichert, verfügt geriatrische Komplexleistung inzwischen über genügend Kraft zur Ausweitung in die Fläche.

Literatur

1. DKGER, Literatur, Klinikum Bremen-Nord. www.geriatrie-drg.de/dkger/main/refs.html
2. DRG-Kompetenzteam Geriatrie (DKGER), Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung, www.geriatrie-drg.de/
3. Wrobel N, Pientka L, Friedrich C. DRG und Geriatrie: es brennt. Geriatrie Journal 5, 2000, 14-16

*Prof. Dr. Norbert Wrobel,
Klinikdirektor Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation,
Klinikum Bremen Nord gGmbH,
Hammersbecker Str. 228,
28755 Bremen*

Entwicklung der Krankenhausbehandlungen

In der Wissenschaft wird diskutiert, wie sich das Krankheitsrisiko bei steigender Lebenserwartung gestalten wird. Hier stehen zwei Ansichten gegenüber: die Kompressionsthese und die Expansionsthese.

Vertreter der Kompressionsthese erwarten, dass die Menschen mit steigender Lebenserwartung auch länger gesünder leben und sich schwere Krankheiten in einem festgesetzten Zeitfenster vor dem Tode ereignen.

Vertreter der Expansionsthese (oder Medikalisierungsthese) gehen davon aus, dass die Krankheitsintensität mit steigender Lebenserwartung zunimmt, die Menschen demnach zwar länger

leben, diese Zeit aber auch länger krank verbringen.

Um bei den Vorausberechnungen beiden Thesen Rechnung zu tragen, wurden zwei Szenarien erstellt.

Status-Quo-Szenario

Basierend auf den Ergebnissen der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Variante „Untergrenze der mittleren Bevölkerung“) und unter Zugrundelegung des Status-Quo-Szenarios könnte sich die Zahl der Krankenhausfälle – bei sinkender Gesamtbevölkerung – bis zum Jahr 2030 von derzeit ca. 17 Mio. um 2 Mio. Fälle auf 19 Mio. erhöhen. Dies wäre ein Anstieg um ca.

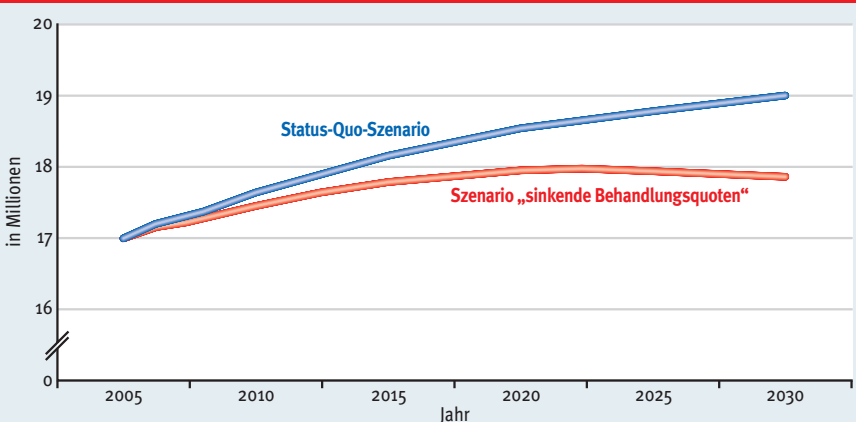
12%. Im Jahr 2020 wäre nach diesem Szenario mit ca. 18,5 Mio. Fällen zu rechnen.

Szenario „sinkende Behandlungsquoten“

Das als „Szenario sinkende Behandlungsquoten“ bezeichnete Modellrechnung geht eher von einer Kompression des Krankheitsverlaufs aus. Hierbei wird unterstellt, dass es entsprechend der Erhöhung der Lebenserwartung ab dem 60. Lebensjahr auch zu einer Verschiebung des Zeitraums schwerer Erkrankungen kommt. Das bedeutet, dass die Menschen länger leben und sich dabei im Gegensatz zur Expansionsthese die Phase von schweren Krankheiten vor dem Tod nicht verlängert.

Der Anstieg der Krankenhausfälle bis zum Jahr 2020 wird nach dem Szenario „sinkende Behandlungsquoten“ im Vergleich zum Status-Quo-Szenario deutlich abgeschwächt (0,6 Mio. Fälle weniger). Im Gegensatz zum Status-Quo-Szenario wäre nach 2020 sogar mit einem leichten Rückgang bis zum Jahr 2030 zu rechnen.

Abb. 5: Krankenhausfälle bis 2030



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder

Quelle: „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“, Herausgeber: Statistische Ämter des Bundes und der Länder