

GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2016

BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Sonja Laag, Walter Ullrich, Nikolai Wlazik, Andreas Hölscher
Welche Qualität braucht die geriatrische Versorgung?

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016 (Seite 280–297)

Sonja Laag, Walter Ullrich, Nikolai Wlazik, Andreas Hölscher

WELCHE QUALITÄT BRAUCHT DIE GERIATRISCHE VERSORGUNG?

Der Beitrag gibt einen Überblick über die Merkmale der geriatrischen Versorgung und betrachtet kritisch die damit zusammenhängenden relevanten stationären Strukturen und Prozesse. Anhand einer exemplarischen, vergleichenden Datenanalyse der Pflegestufenentwicklung bei Patienten mit unterschiedlicher geriatrischer Versorgung im Krankenhaus werden Fragen zur Ergebnisqualität thematisiert und Anforderungen für die Entwicklung einer geeigneten Qualitätsmessung diskutiert. Die ambulanten geriatrischen Versorgungsstrukturen werden skizziert und Handlungsbedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung aufgezeigt. Für die Analyse wurden Daten der BARMER GEK im Kalenderjahr 2013 verwendet.

Einleitung und Motivation

Die Leistungs- und Ausgabenentwicklung im Krankenhaus behandelter geriatrischer Patienten weist eine hohe Dynamik auf. Für Versicherte, die im Jahr 2014 über 70 Jahre alt waren und stationär wie teilstationär in geriatrischen Abteilungen behandelt wurden, wendete die BARMER GEK rund 276 Millionen Euro auf. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutete dies eine Kostensteigerung von über 26 Millionen Euro, welche zu 90 Prozent auf eine einzelne Maßnahme des DRG-Systems zurückzuführen ist. Hierbei handelt es sich um die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFK) mit den vergütungsrelevanten OPS 8-550.1 und 8-550.2 (im Folgenden als vGFK bezeichnet).

Das Ziel der GFK ist es, die Selbstständigkeit geriatrischer Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt so zu verbessern, dass die Patienten wieder weitgehend selbstbestimmt in ihrer vertrauten Umgebung leben können. Auch gilt es, Folgeereignisse wie erneute Krankenhausaufenthalte oder (zu frühe) Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Die geschilderte Ausgabenentwicklung gibt an dieser Stelle Anlass, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Kontext der GFK zu hinterfragen.

Der vorliegende Beitrag gibt zunächst eine kurze Einführung in die Merkmale der geriatrischen Versorgung und betrachtet anschließend kritisch die relevanten

stationären Strukturen und Prozesse. Nachfolgend werden anhand einer exemplarischen Analyse der Pflegestufenentwicklung bei Patienten mit und ohne vGFK Fragen zur Ergebnisqualität thematisiert und Anforderungen an die Entwicklung eines geeigneten Messkonzeptes formuliert.

Bei einer sektorübergreifenden Gesamtbetrachtung bildet die GFK nur einen Teilaspekt der geriatrischen Versorgung ab. Aus diesem Grund folgt am Ende des Beitrags eine Skizzierung der ambulanten geriatrischen Versorgungsstrukturen. Darüber hinaus wird Handlungsbedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung geriatrischer Versorgung aufgezeigt.

Geriatrische Versorgung

Nicht jeder ältere Mensch wird ein geriatrischer Patient. Geriatrie bezeichnet nicht alleine ein Alter, sondern einen mit dem höheren Lebensalter assoziierten Zustand. Beim geriatrischen Patienten treten akute und chronische (Mehrfach-)Erkrankungen gleichzeitig auf und sind oft schwer von „normalen“ physiologischen Altersprozessen zu unterscheiden. Folgende Charakteristika sind festzuhalten (Ernst et al. 2015; Zeyfand et al. 2008):

- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter)
- klinisch gleichzeitig mehrere Krankheitsbilder, aus denen sich patientenindividuell eine Multimorbidität entwickelt
- Zu den häufigsten Erkrankungen gehören jene des Herz-Kreislauf-Systems, des Bewegungsapparates inklusive Frakturen, des Stoffwechsels sowie neurologische und onkologische Krankheiten. Die Beeinträchtigung entsteht nicht durch jede einzelne Erkrankung, sondern durch geriatritypische Syndrome. Hier gilt es fachübergreifend zu klären, welche Erkrankung wie im Gesamtbild der Multimorbidität beteiligt ist.
- Erkrankungen wie etwa eine Pneumonie treten nicht mit typischem Fieber und Tachypnoe auf, sondern maskiert mit Verwirrtheit, Inkontinenz oder Immobilität. Aus den altersphysiologisch bedingten morphologischen und funktionellen Veränderungen nahezu aller Organsysteme (etwa herabgesetzte Muskelkraft, verringerte Nervenleitgeschwindigkeit, eingeschränkte Nierenfunktion) resultieren grenzkompenzierte Körperfunktionen mit reduzierter funktionaler Reservekapazität.

- Mit höherem Lebensalter nähern sich die verbliebenen Funktionsreserven einer Schwelle, bei deren Unterschreiten wesentliche Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL, activities of daily living) nicht mehr bewältigt werden können. Ohne Erkrankungen kann der ältere Patient ein äußerlich unbeeinträchtigtes Leben führen, allerdings trägt er das Risiko, auch durch eine banale Erkrankung rasch und dauerhaft Einbußen in der Selbstständigkeit zu erleiden.
- Frailty – Gebrechlichkeit, Vulnerabilität, körperliche und geistige Erschöpfung, verringerte Ganggeschwindigkeit, unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Sarkopenie (Muskelabbau).

Zur Erfassung der vielen Problemfacetten eines Patienten hat sich in der Geriatrie eine Assessment-Kultur entwickelt (auch unter www.kcgeriatrie.de/assessment_1.htm / www.bar-frankfurt.de). Zu den klassischen Assessmentbereichen gehören:

Assessmentbereiche und beispielhafte Erhebungsinstrumente

Assessmentbereich	Erhebungsinstrumente
Mobilität	Timed-„Up & Go“-Test, Tinetti-Test, Tandemstand und -gang
Selbsthilfefähigkeit	Barthel-Index, Frühreha-Barthel-Index, FIMTM
Kognition	Mini-Mental State Examination, DemTect, Clock Completion
Emotion	geriatrische Depressionsskala (GDS)
soziale Situation	beispielsweise SoS-Test nach Nikolaus

Quelle: eigene Darstellung

Neben der Identifizierung komplexer Behandlungs- und Versorgungsbedarfe über Assessments besteht die Geriatrie in ihrer Therapie vor allem aus der „Teambehandlung“. Wie kein anderes Fach lebt sie von der Multiprofessionalität, Interdisziplinarität und dem sektorübergreifenden Versorgungsansatz. Im klinischen Bereich arbeitet das therapeutische Team hierbei unter fachärztlich geriatrischer Gesamtverantwortung:

- Ärzte
- Pflegekräfte
- Physiotherapeuten
- Ergotherapeuten
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapeuten
(inklusive faziiorale Therapie, bei Schluckstörungen)
- Psychologen/Neuropsychologen
- Sozialdienst

In der Behandlung geriatrischer Patienten kommen präventive, kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen oftmals gleichzeitig zum Einsatz. Die Geriatrie ist ein gebietsübergreifendes Querschnittsfach, das sich im Kern aus der Inneren Medizin entwickelt hat, aber auch die Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Urologie streift. Zwar entwickeln die etablierten Fachdisziplinen ihre Therapieansätze mit dem Blick auf ältere Patienten weiter, wie etwa die Gerontopsychiatrie oder Alterstraumatologie, doch bewegen sich diese dabei überwiegend in ihrem eigenen Fach und nur bedingt erkrankungsübergreifend. Geriatrisch tätige Ärzte sind auf die einzelnen Expertisen angewiesen, müssen deren Ansätze in Diagnostik und Therapie aber unter dem Gesichtspunkt der Multimorbidität und des „Verkraftens“ durch den Patienten abwägen. Hierbei verflechten sich medizinische, pflegerische und soziale Teilbereiche. Entscheidungen im Behandlungsalltag eines Geriaters bewegen sich oft im Kontext schwieriger rechtlicher und ethischer Aspekte, da viele Patienten kognitiv eingeschränkt sind und eine aktive Therapiemitbestimmung somit nicht mehr möglich ist. Auch die biologisch bedingte Todesnähe erfordert mit Blick auf die Lebensqualität oftmals eine Priorisierung in der Behandlung einschließlich palliativmedizinischer Elemente (DGG 2012).

Eine besonders wichtige Rolle in der Geriatrie spielt die Rehabilitation, durch deren Einsatz nachhaltig Behandlungserfolge auch bei alten Menschen erzielt werden können. Die Wirksamkeit rehabilitativer Maßnahmen wird von Ärzten und auch Kostenträgern oftmals skeptisch gesehen. In einem aktuellen Gutachten liefert das MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie des MDK Nord (MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie 2015) Belege für die grundsätzliche Wirksamkeit rehabilitativer Komplex- wie auch

Einzelmaßnahmen bei alten Menschen. Da es insbesondere für die deutschen Verhältnisse mit definierten Antragsverfahren keine hochwertig angelegten Studien gibt, bleiben Wirksamkeit und Kosteneffizienz hier in der Diskussion und im Alltag oft strittig.

Auch wenn das Ansehen der Geriatrie in der Ärzteschaft gestiegen ist, ringt sie dennoch um ihr Profil als eigenständiges Fach. Fachärzte betonen in allen Fächern geriatrische Kompetenzen zu berücksichtigen, und Hausärzte führen an, dass sie seit jeher alte Menschen versorgen und die in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung erworbene Kompetenz umfassend sei (Ärztetag 2016). Seit vielen Jahren werden die Einführung eines Facharztes und eine homogene Umsetzung der geriatrischen Zusatzweiterbildung diskutiert. Im internationalen Vergleich, so die Fachgesellschaft, erfülle Deutschland gegenwärtig nicht die Anforderung einer angemessenen Versorgung für alte Menschen. Ausdruck der mangelnden Akzeptanz ist auch, dass die Bundesärztekammer trotz der seit Jahrzehnten währenden Demografiediskussion erst Ende des Jahres 2012 ein geriatrisches 60-Stunden-Fortbildungscurriculum für niedergelassene Ärzte entwickelt hat (BÄK 2012). Grundsätzlich hat es die Geriatrie auch deshalb schwer, weil es an Leitlinien und Handlungsorientierungen zum Umgang mit Multimorbidität und Multimedikation fehlt. Traditionelle klinische Studiendesigns können komplexe Interventionen nicht erfassen und müssen erst noch entwickelt werden (Leopoldina 2015). Darüber hinaus kämpft die Geriatrie mit der allgemeinen negativen Wahrnehmung des Alters, die auch bei professionellen Versorgern eine Rolle hinsichtlich des Engagements spielt (dazu auch der Sechste Altenbericht der Bundesregierung 2010).

Geriatrische Versorgung im stationären Bereich

Geriatrische Behandlung findet in Deutschland vor allem im Krankenhaus (§ 39, § 107, § 108 und § 109 SGB V) und in Rehabilitationseinrichtungen (§ 40 und § 111 SGB V) auf unterschiedlichen Versorgungsstufen statt (Krankenhaus: stationär und teilstationär; Rehabilitationseinrichtungen: stationär, ambulant einschließlich ambulant-mobil). Problematisch sind hierbei die aufgrund landesweiter Geriatriekonzepte unterschiedlich gewachsenen Versorgungsstrukturen (Bundesverband Geriatrie 2010; Mitte 2016 soll eine Aktualisierung erscheinen). So verfügen auch heute noch nicht alle Bundesländer über Reha-Einrichtungen zur Umsetzung der geriatrischen Rehabilitation, hier soll die

Reha im Rahmen einer Krankenhausbehandlung (sogenannte 109er-Länder) erfolgen. In Bundesländern, in denen geriatrische Angebote sowohl im Krankenhaus als auch in Rehabilitationseinrichtungen verfügbar sind, ist eine bedarfsbezogene Abgrenzung beider Versorgungssektoren vorgesehen. Grundsätzliche Regelwerke hierbei sind die Rahmenempfehlungen der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) sowie Auslegungshinweise zur Kodierungsprüfung der GFK mit den OPS 8-550*.

Dabei werden auch Fragen nach den strukturellen und prozeduralen Unterschieden dieser Versorgungseinheiten aufgeworfen. Während für geriatrische Rehabilitationseinrichtungen nach § 135 a Absatz 2 SGB V die Pflicht zur Teilnahme an externen Maßnahmen der Qualitätssicherung besteht, ist ein vergleichbares Verfahren für die Geriatrie im Krankenhaus derzeit nicht etabliert. Vor diesem Hintergrund sind diverse leistungserbringerseitige Initiativen wie Qualitätssiegel oder Benchmarkingprojekte (beispielsweise GEMIDAS, KODAS) zu sehen. In Ermangelung eines QS-Verfahrens im Bereich der geriatrischen Krankenhausversorgung kommt damit auch den Mindestanforderungen zur Abrechnung der GFK im amtlichen OPS eine gewisse qualitätssichernde Funktion zu.

Die Konzeption der GFK und die an sie formulierten Mindestanforderungen sehen wie folgt aus:

OPS	Leistung	KH-Fallkosten Durchschnitt 2015
8-550.0	mindestens sieben Behandlungstage/mindestens zehn Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal zehn Prozent als Gruppentherapie	4.594 Euro
8-550.1	mindestens 14 Behandlungstage/mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal zehn Prozent als Gruppentherapie	7.766 Euro

OPS	Leistung	KH-Fallkosten Durchschnitt 2015
8-550.2	mindestens 21 Behandlungstage/30 Therapieeinheiten, der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal zehn Prozent als Gruppentherapie	8.727 Euro

Mindestmerkmale:

Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.

Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen.

Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich, sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben beziehungsweise ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.

Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens sechsmonatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.

Teamintegrierter Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik beziehungsweise Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Die in den Strukturprüfungen von Krankenkassen und dem MDK im Rahmen von Abrechnungsprüfungen immer wieder erkennbaren strukturellen Defizite lassen Handlungsbedarf erkennen, um die Diskussion sogenannter „Türschildgeriatrien“ überwinden zu können. Wiederkehrende Auffälligkeiten in den MDK-Prüfungen sind:

- keine Vorhaltung eines vollständigen Teams (beispielsweise nur Arzt, Pflege, Physio, Ergo); keine Stellvertretung
- eingegengter Behandlungsfokus: Abklärung geriatrischer Syndrome erfolgt eingeschränkt
- Behandlung bestehender Komorbiditäten erfolgt nicht integriert in die Behandlung (beispielsweise erfolgt die neuropsychiatrische Abklärung ausschließlich zu diagnostischen Zwecken unter Verweis einer weiterführenden Versorgung)
- Umwidmung einer ehemals internistischen Abteilung ohne Umbau (das bedeutet keine Therapiebereiche auf Station, keine Lehrküche, kein Übungsbad)
- Sozialdienst muss aus dem Klinikdienst bemüht werden und ist somit in Konkurrenz mit anderen Abteilungen
- Therapiemix, Therapieintensität nicht am individuellen Bedarf des Patienten ausgerichtet, da „teures“ therapeutisches Personal zurückhaltend eingesetzt wird, stattdessen mehr physikalische Therapie, mehr Gruppentherapie

Auf Fehlentwicklungen der GFK hat das Kompetenz-Centrum Geriatrie bereits hingewiesen (Meinck et al. 2014; Kolb et al. 2014). Mit Erreichen des Erlösoptimums nach dem 14. Behandlungstag – und somit Abrechnung der vGFK – zeigt sich über die Jahre eine zunehmende und unangemessene Standardisierung der geriatrischen Behandlungsdauer bei Patienten, die grundsätzlich einer höchst individuellen Behandlung und Behandlungsdauer bedürften.

Analyse

Anders als noch vor vielen Jahren setzen frührehabilitative Maßnahmen heute so schnell wie möglich im Behandlungsablauf ein. Diesem medizinischen Aspekt sollte mit der GFK bei Einführung des DRG-Systems Rechnung getragen werden.

Für die Analyse wurden aus den Sekundärdaten der BARMER GEK geriatrische Krankenhausbehandlungen mit einem Aufnahmedatum im Kalenderjahr 2013 ermittelt und anschließend zwei verschiedenen Gruppen zugeordnet (A = vGFK / B = sonstige). Die Identifizierung und Zuordnung der relevanten Krankenhaufälle erfolgte dabei nach folgenden Kriterien: Erfüllt ein Fall die Kriterien beider Gruppen, wird er Gruppe A zugeordnet:

Tabelle 1: Geriatrische Krankenhaufälle mit Aufnahme im Jahr 2013

GRUPPE A n = 26.903 (Subgruppe* A-Pfl.: n = 8.914)		Anteil an Gesamtfallzahl
Abrechnung von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
8-550.1	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten	54 %
8-550.2	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten	13 %
GRUPPE B n = 13.713 (Subgruppe* B-Pfl.: n = 4.235)		Anteil an Gesamtfallzahl
Abrechnung von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
8-550.0	geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten	9 %
8-98a.0	teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: Basisbehandlung	3 %
8-98a.10	teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: umfassende Behandlung: 60 bis 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	8 %
8-98a.11	teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung: umfassen- de Behandlung: mehr als 90 Minuten Therapiezeit pro Tag in Einzel- und/oder Gruppentherapie	6 %
Abrechnung von Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)		
0200	Geriatrie	8 %**
0260	Geriatric/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)	

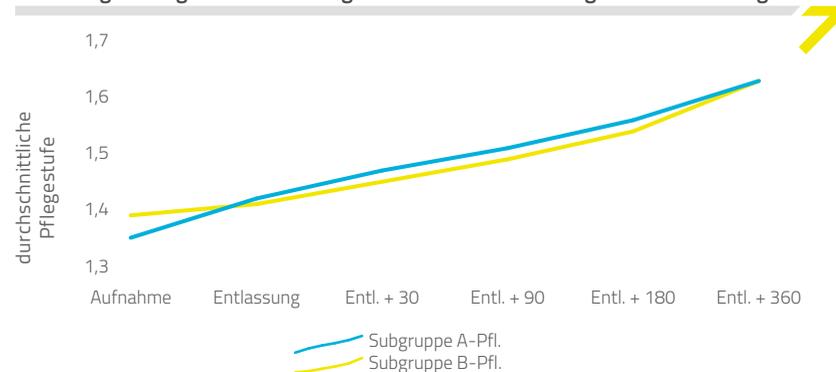
* Versicherte mit durchgängiger Pflegestufe von der Aufnahme bis 360 Tage nach der Entlassung

** ohne Abrechnung eines oben genannten OPS

Quelle: BARMER GEK-Daten 2013

In der Erwartung, dass die vGFK einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit der Patienten hat (als Maß für den Erhalt der Selbstständigkeit), wurde zunächst die Pflegestufenentwicklung in den beiden Gruppen im Verlauf von der Aufnahme bis 360 Tage nach Entlassung verglichen (Subgruppen A-Pfl. gegenüber B-Pfl.; Abbildung 1):

Abbildung 1: Pflegestufenentwicklung ab Aufnahme bis 360 Tage nach Entlassung

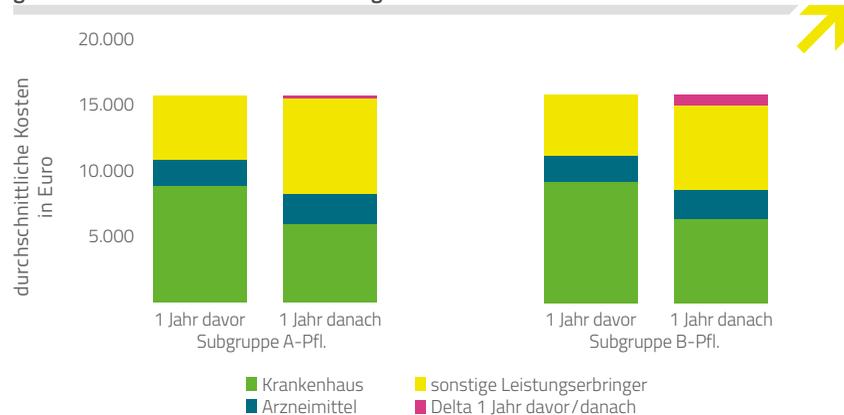


Quelle: BARMER GEK-Daten 2013 und 2014

Die Steigerung der durchschnittlichen Pflegestufe zeigt im Zeitraum von der Krankenhausaufnahme bis 360 Tage nach der Krankenhausentlassung in beiden Gruppen einen nahezu identischen Verlauf.

In einer weiteren Auswertung wurden die fallbezogenen Durchschnittskosten der betroffenen Versicherten in den Bereichen Krankenhaus, Arzneimittel und sonstige Leistungserbringer (SLE = Heil- und Hilfsmittel, Fahrkosten und häusliche Krankenpflege) gegenübergestellt.

Abbildung 2: Durchschnittskosten 1 Jahr vor und nach geriatrischer Krankenhausbehandlung



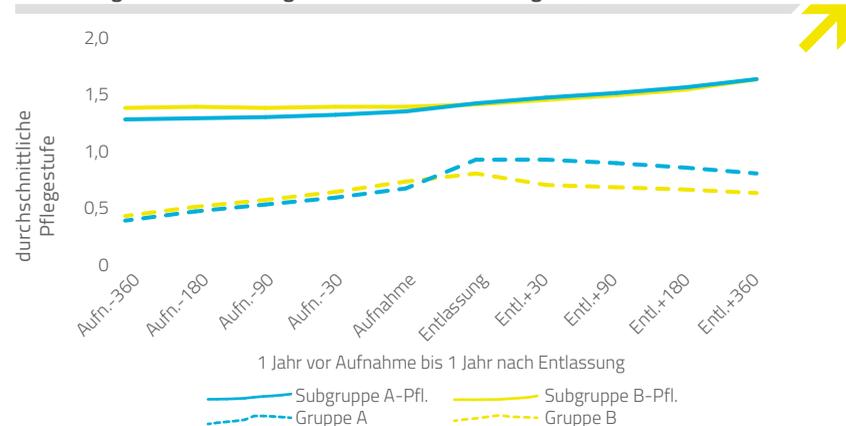
Quelle: BARMER GEK-Daten 2012 bis 2014

Es zeigt sich im Vergleichszeitraum (jeweils ein Jahr vor und ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt) in beiden Gruppen eine Abnahme der Krankenhauskosten und eine deutliche Steigerung der Kosten für sonstige Leistungserbringer. Während die durchschnittlichen Gesamtkosten in der Subgruppe B-Pfl. um über fünf Prozent (860 Euro) sinken, fällt diese Differenz bei der Subgruppe A-Pfl. (vGFK) mit 1,8 Prozent (286 Euro) etwas geringer aus. Unter der Annahme, dass die beiden Gruppen sich nur in der Art der geriatrischen Behandlung unterscheiden und die Entwicklung der durchschnittlichen Pflegestufe ein geeignetes Maß für die Morbiditätsentwicklung ist, wäre somit entgegen der Erwartung kein relevanter Unterschied im Behandlungserfolg erkennbar.

Die Interpretation der Ausgabenentwicklung kann unter verschiedenen Blickwinkeln zweifellos sehr unterschiedlich ausfallen. So könnte beispielsweise der Anstieg der SLE-Ausgaben sowohl auf die Korrektur einer bestehenden Unterversorgung mit häuslicher Krankenpflege und Hilfsmitteln hinweisen als auch auf die Auslösung einer Überversorgung durch die vGFK. Unter dem Aspekt der Gesamtwirtschaftlichkeit kann aus dem Ergebnis allerdings ebenfalls kein Vorteil der vGFK gegenüber der sonstigen geriatrischen Behandlung abgeleitet werden.

Durch die Fokussierung auf das durchgängige Vorliegen einer Pflegestufe ab der Krankenhausaufnahme umfassen die bislang dargestellten Auswertungen nur etwa ein Drittel aller identifizierten Fälle (es fehlen beispielsweise Fälle von Versicherten ohne Pflegebedürftigkeit oder Verstorbene). In der folgenden Darstellung wird daher zum einen die bisherige Betrachtung der Pflegestufenentwicklung um den Zeitraum vor der Krankenhausbehandlung ergänzt und zum anderen der Entwicklung über alle Fälle hinweg – unabhängig davon, ob bereits eine Pflegestufe vorliegt oder nicht – gegenübergestellt.

Abbildung 3: Pflegestufenentwicklung ab 360 Tage vor Aufnahme bis 360 Tage nach Entlassung (Krankenhausbehandlung im Jahr 2013)



Quelle: BARMER GEK-Daten 2012 bis 2014

Die Erweiterung der Zeitachse zeigt bei den Subgruppen eine Unterscheidung der durchschnittlichen Pflegestufe im Zeitraum vor der Krankenhausbehandlung. Ein stärkeres Auseinanderdriften wird beim Pflegestufenvergleich ab der Krankenhausbehandlung über alle Fälle hinweg deutlich. Von einer Vergleichbarkeit der Gruppen kann hier ohne Weiteres nicht mehr ausgegangen werden. Wenn also eine Nutzenbewertung der vGFK möglichst alle identifizierten Fälle umfassen soll, kann dies nicht mehr durch einen unmittelbaren Vergleich der hier definierten Gruppen erfolgen.

Die Datenanalyse wurde gemeinsam mit Vertretern der Fachgesellschaft (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie-DGG), des Bundesverbandes Geriatrie (BVG), dem Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft (KCG) sowie klinisch tätigen Geriatern diskutiert. Dabei wurde deutlich, dass die aufgeworfenen Fragen hinsichtlich eines zu konsentierenden Messkonzepts unter Experten seit Jahren diskutiert werden, es aber diesbezüglich zu keinem Ergebnis kommt.

Auch wenn das hier angewandte Analysekonzept noch nicht abschließend entwickelt und limitiert ist, kann zunächst zusammenfassend festgehalten werden, dass die dargestellten Ergebnisse kaum einen überzeugenden Nutzen der „vergütungsrelevanten GFK“ gegenüber anderen Behandlungen erkennen lassen. Um diese Tendenz zu untermauern oder zu entkräften, ist die strukturierte Entwicklung eines konsensfähigen, erweiterten beziehungsweise alternativen Messkonzeptes unter Einbindung sämtlicher Stakeholder dringend erforderlich. Dabei sollte das Konzept anhand der nachfolgenden Eckpunkte strukturiert entwickelt werden:

- Definition von geeigneten Messgrößen zur Abbildung der Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit
- Ein- und Ausschlusskriterien für die zu vergleichenden Gruppen
- Festlegung operationalisierbarer Risikofaktoren für die Risikoadjustierung
- Methodik zur Durchführung der Risikoadjustierung beziehungsweise der Messung

Sektorübergreifende Aspekte

Der Erhalt der Selbstständigkeit als Therapieziel bedeutet in den meisten Fällen, dass ältere Menschen auch mit körperlichen Beeinträchtigungen zu Hause in ihrer Wohnung leben und sich selbst versorgen können, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt. Selbstständigkeit und Teilhabe gilt es aber auch dann zu erhalten, wenn ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung notwendig ist. Für die Lebensqualität ist es von Bedeutung, ob ein Mensch beispielsweise bettlägerig ist oder noch mit dem Rollator mobil sein kann. Die Sicherung des Therapieerfolgs einer stationären Maßnahme wie die der GFK hängt demzufolge auch von der Qualität der ambulanten Versorgung ab.

Wie stellt sich diese dar? Als geriatrisch definierte Leistung konnten niedergelassene Hausärzte seit dem Jahr 2008 ein hausärztliches Geriatrisches Basis-Assessment (GBA; GOP 03240, etwa 13 Euro) im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) abrechnen. Ende des Jahres 2013 entfiel dieses und wurde durch ein erweitertes GBA ersetzt (GOP 03360, etwa 14 Euro), ebenso gibt es seitdem einen hausärztlichen geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03362, etwa 17 Euro). Ab Juli 2016 finden über den neuen Abschnitt 30.13 „Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung“ drei weitere Abrechnungs- und drei Zeitzuschlagsziffern Eingang in den EBM. Hausärzte können dann eine Beratung mit einem Geriater (GOP 30980, etwa 20 Euro) und einen Zeitzuschlag für den geriatrischen Betreuungskomplex geltend machen (GOP 30988, etwa 7 Euro). Auch niedergelassene Geriater können ihr Gespräch mit dem Hausarzt abrechnen (GOP 30981, etwa 14 Euro) und eine differenzialdiagnostische Leistung unter Einbindung mindestens einer therapeutischen Profession (GOP 30984, etwa 92 Euro). Dazu kommen für die Geriater Zeitzuschläge (GOP 30985, etwa 34 Euro, und GOP 30986, etwa 24 Euro für je 30 Minuten). Anders als bei den Anpassungen in den Jahren 2008 und 2013 sind die neuen EBM-Ziffern mit einer Vereinbarung zur Qualitätssicherung hinterlegt. Diese formuliert geriatrische Qualifikationsanforderungen an die Ärzte und den Nachweis von Kooperationsvereinbarungen zwischen Geriatern und Therapeuten (www.kbv.de/media/sp/Geriatrie.pdf).

Nach einer Erhebung aus dem Jahr 2012 (Pippel et al. 2014) gibt es in Deutschland 3004 berufstätige Ärzte, die geriatriespezifisch weitergebildet sind. Von diesen sind rund 71 Prozent (2.120) im stationären Bereich tätig und 756 (25 Prozent) im ambulanten Bereich. Der Anteil der Ärzte mit geriatrischer Weiterbildung bleibt gemessen an den 348.695 berufstätigen Ärzten in Deutschland mit 0,9 Prozent (Bundesärztekammerstatistik) sehr gering. So gibt es inzwischen sechsmal mehr Ärzte mit palliativmedizinischer Zusatzqualifikation als mit geriatrischer.

Dass für die alternde Bevölkerung nicht ausreichend geriatrisch ausgebildete Vertragsärzte zur Verfügung stehen (Bundesratsinitiative, Deutscher Bundestag DR 17/9992 vom 13. Februar 2012), veranlasste den Gesetzgeber 2012 zur Einführung der Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA) nach § 118 a SGB V und somit zur Einbeziehung des

stationären Bereichs in die Versorgung ambulanter Patienten. Nach fast vierjähriger Verhandlungszeit stehen nun die Rahmenbedingungen für die GIA fest, wobei die wesentlichen Punkte vom Bundesschiedsamt festgelegt werden mussten. Eine GIA kann erst dann zugelassen werden, wenn im ambulanten Bereich eine Unterversorgung festgestellt wird. Hierbei ist offen, nach welchen Maßstäben die Zulassungsausschüsse dieses konkret erfassen werden. Grundsätzlich sind die Leistungsprofile der GIA und die der niedergelassenen Geriater identisch (Lübke 2016).

Der Fokus der im ambulanten Bereich geschaffenen Strukturen liegt auf der Diagnostik, doch welche behandlungs- und versorgungsrelevante Konsequenz kann daraus umgesetzt werden? Anders als im Krankenhaus ist die Organisation eines multiprofessionellen Teams ambulant eine eher theoretische Struktur. Grundsätzlich können Physio-, Logo- und Ergotherapie über den Hausarzt verordnet werden, doch für multiprofessionelle Untersuchungen, Einschätzungen, Hausbesuche und Fallbesprechungen liegen die Praxen der Ärzte und der Therapeuten räumlich zu weit auseinander. Die bestehenden Geriatrieziffern sehen nur für Ärzte finanzielle Anreize vor, nicht aber für die Therapeuten. Unberücksichtigt in der Teambildung bleiben Pflege- und Sozialdienste. Die Schaffung multiprofessioneller Teams setzt existenzielle Eingriffe in die Organisation der einzelnen Akteure und ihrer Praxisroutinen voraus, die über die gegenwärtigen Vergütungsstrukturen nicht abgebildet werden.

Mit Blick auf die Durchführung therapeutischer Maßnahmen zeigt sich ein weiteres Problem. Etwa 95 von 100 geriatrischen Rehabilitationen erfolgen auf Verordnung eines Krankenhauses. Rehabilitationsleistungen unterliegen der Genehmigung durch die Krankenkassen. Die Notwendigkeit einer Reha wird sowohl von Hausärzten als auch von Kostenträgern bei Patienten mit einem Akutereignis und daraus resultierendem Krankenhausereignis eher gesehen als bei Patienten, deren Allgemeinzustand sich langsam verschlechtert (Lübke 2016). Auch der erstmaligen Beantragung von Pflegeleistungen geht zumeist ein Akutereignis mit Krankenhausaufenthalt voraus (Ernst et al. 2015). Eine Rehabilitation ist eine temporär begrenzte und „hoch dosierte“ komplexe Intervention, deren „Versorgungslogik“ aus dem Erwerbsleben stammt.

Chronische Erkrankungen und zunehmendes Alter aber sind keine episodalen Erscheinungen, weshalb therapeutische Maßnahmen wie aktivierende Pflege, Heilmittel sowie (teil-)stationäre, ambulante und mobile Reha-Leistungen zu einer usual care finden müssen, in der diese Leistungen vom Zeitumfang, Zeitintervall, Intensität und Erbringungsort her flexibler einsetzbar sind, als es in ihrer bisherigen „statischen“ sozialrechtlichen Anordnung möglich ist. Hierfür braucht es eine patientenindividuelle Versorgungsplanung, die einzelne ungesteuerte Leistungsausweitungen verhindert, die nicht mehr in Verbindung mit einer überprüfbaren Ergebnisqualität stehen.

Wer legt welche Qualität in der Geriatrie fest? Im stationären wie im ambulanten Bereich wurden in den letzten Jahren geriatrische Leistungen eingeführt, deren Therapieziele anhand operationalisierbarer Kriterien derzeit nicht überprüft werden (können). Für den stationären Bereich thematisiert das Kompetenz-Centrum Geriatrie seit längerem, dass sich die geriatrische Krankenhausbehandlung zunehmend auf die Erbringung der erlösrelevanten GFK zuspitzt und somit eine unangebrachte Behandlungsstandardisierung festschreibt. Die eingangs aufgezeigte Leistungsentwicklung bei Versicherten der BARMER GEK bestärkt diesen Eindruck. Im ambulanten Bereich finden geriatrische Leistungen jetzt zunehmend Eingang in die Versorgung, die ihren Schwerpunkt in der Diagnostik haben, aber nicht dem Anspruch an ein multiprofessionelles Versorgungsangebot gerecht werden können. Es braucht eine Differenzierung im Prozessmodell der Geriatrie. Derzeit wird das klinisch-stationäre geriatrische Prozessmodell „Assessment-Team-Reha“ konzeptionell auf den ambulanten Bereich übertragen, ohne angemessen zu reflektieren, wie dieser dort überhaupt realistisch mit Anforderungen an operationalisierbare Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität umgesetzt werden kann.

Sektorübergreifend fehlt es an Struktur- und Prozessanforderungen, die in erster Linie notwendige Koordinations- und Integrationsleistungen definieren, wie vor allem die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit einer Therapiekoordination und eines qualifizierten sektorübergreifenden und multiprofessionellen Fallmanagements. Inhalt und (zeitliche) Umsetzung geriatrischer Versorgungsangebote bleiben gegenwärtig den „Weltbildern“ und Interessen der Einzelakteure überlassen. Es gilt danach zu fragen, ob die

Entwicklung der Versorgungsstrukturen und Leistungen für eine alternde Bevölkerung ohne eine Gesamtplanung und ohne Gesamtverantwortung auskommt.

Fazit

Die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems wird seit drei Jahrzehnten regelhaft mit der Alterung der Bevölkerung verknüpft. Kostenträger werden seit Jahren mit Ausgabenentwicklungen und Vergütungsforderungen konfrontiert, die pauschal mit einer „alternden Bevölkerung“ begründet werden. Am Beispiel der Geriatrie sollte verdeutlicht werden, wie wichtig es zum Wohl der Patienten und eines effektiven Ressourceneinsatzes ist, relevante Versorgungsstrukturen mit Blick auf überprüfbare Ergebnisse zu planen. Die Geriatrie kann komplexe Versorgungsbedarfe gezielt identifizieren, doch für die Umsetzung und den Nachweis ihrer Therapiewirksamkeit benötigt sie kooperative und sektorübergreifende Versorgungsstrukturen sowie eine klar zugeordnete Verantwortung für erreichte und nicht erreichte Ergebnisse. Um diese entwickeln zu können, sollte der Gesetzgeber zunächst einen strukturierten Dialog zwischen den Einzelakteuren initiieren, um bestehende Dogmen zu hinterfragen, wie etwa die „Architektur“ der Rehabilitation oder die gegenwärtigen Honorarsystematiken. Gemeinsam müssen dann messbare Versorgungsziele definiert werden und die Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung zwingend mit einem Qualitätssicherungsprozess verbunden sein, der auch den Aspekt der Ergebnisqualität einschließt.

Literatur

- Borchelt, M. et al. (2004): Abgrenzungskriterien der Geriatrie. Version V1.3. www.dggg-online.de/pdf/abgrenzungskriterien_geriatrie_v13.pdf (Download am 22. Juni 2016).
- Bundesregierung (2010): Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland – Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 17/3815. 17. November 2010. S. 181-194.
- Bundesverband Geriatrie (2010): Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status quo und Weiterentwicklung. 2. Auflage. Stuttgart.
- Deutscher Bundestag (2012): Drucksache 17/9992; 13. Juni 2012. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss).

- Ernst, F., N. Lübke und M. Meinck (2015): Kompendium Begutachtungswissen Geriatrie. 3. Auflage. Heidelberg.
- Kolb, G., K. Breuninger, S. Gronemeyer, D. van den Heuvel, N. Lübke, D. Lüttje, A. Wittrich und J. Wolff (2014): 10 Jahre geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 1. S. 6-12.
- Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2015): Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir? www.leopoldina.org
- Lübke, N. (2016): Reha wirkt. Und das auch im Alter. In: MDK-forum, Heft 1/2016. S. 17-18.
- MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie (2015): Gutachten – Explorative Analyse vorliegender Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von rehabilitativen Maßnahmen bei Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine mögliche Anwendbarkeit im Rahmen der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs bei der Pflegebegutachtung. www.kcgeriatrie.de/downloads/2015-Gutachten%202659-2015-kcg-Endfassung_151105.pdf
- Meinck, M. und W. Hitpaß (2014): Fehlentwicklungen in der Geriatrie. In: führen & wirtschaften im Krankenhaus, 6/2014. S. 562-565.
- Pippel, K., F. Ernst und N. Lübke (2014): Weiter Bedarf an geriatrischem Nachwuchs. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 33-34, 18. August 2014. S. A 1412 – A 1414.
- Zeyfand, A., U. Haag-Grün und T. Nikolaus (2008): Basiswissen des Alterns und des alten Menschen. 2. Auflage. Heidelberg.

Internetlinks

- Ärztetag (2016): www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/119-deutscher-aerztetag-2016/beschlussprotokoll/
- BÄK (2012): www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrGeriatGrundversorgung2012.pdf
- DDG: www.dggeriatrie.de/presse-469/852-pm-was-ist-geriatrie-und-was-kann-die-altersmedizin-in-deutschland-leisten.html
- DDG: www.dggeriatrie.de/weiterbildung/facharzt-innere-mezizin-und-geriatrie.html
- Ein Dankeschön gilt Herrn Dr. Matthias Meinck und Herrn Dr. Norbert Lübke vom Kompetenz-Centrum Geriatrie des GKV-Spitzenverbandes und der MDK-Gemeinschaft (KCG)