

BARMER

Barmer Krankenhausreport 2017

Ältere Patienten in Deutschland nicht optimal versorgt

19. Juli 2017

Berlin - In Deutschland liegen immer mehr über 70-jährige multimorbide Geriatrie-Patienten im Krankenhaus. In den Jahren 2006 bis 2015 stieg ihre Zahl um 80 Prozent, von 1,1 auf zwei Millionen Personen. Finanzielle Fehlanreize können jedoch dafür sorgen, dass Geriatrie-Patienten länger als nötig oder kürzer als erforderlich im Krankenhaus versorgt werden. Zu diesem Ergebnis kommt der Barmer-Krankenhausreport 2017. Hintergrund dieser Entwicklung ist die starre, an der Dauer des Krankenhausaufenthalts orientierte Vergütung für die sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB). Sie kann nach der Behandlung einer akuten Erkrankung direkt im Krankenhaus erfolgen und auch auf eine klassische Reha-Behandlung vorbereiten. Die GFKB lässt sich nach Verweildauer und Anzahl der Therapieeinheiten unterteilen. Im Wesentlichen wird zwischen mindestens sieben, 14 und 21 Behandlungstagen differenziert. „Die starren Kodiervorgaben für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sind in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Die Dauer der Behandlung sollte sich stärker am individuellen Bedarf des Patienten und an medizinischen Kriterien orientieren“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Barmer, Prof. Dr. Christoph Straub.

Aufenthalt im Krankenhaus orientiert sich an Vergütungsstufen

Die GFKB stellt eine struktur- und verweildauerabhängige Vergütungskomponente im Rahmen des DRG-Systems dar. Kliniken können eine höhere Pauschale abrechnen, wenn ein Patient mindestens zwei Wochen lang stationär die GFKB erhält. Dies stellt aus Barmer-Sicht einen Fehlanreiz dar. „Im Jahr 2006 wurden 58 Prozent der GFKB-Patienten nach 14 Tagen entlassen und im Jahr 2015 bereits 75 Prozent. Parallel dazu sank der Anteil sowohl bei der sieben- als auch bei der 21-tägigen GFKB deutlich. Aus rein medizinischer Sicht darf man zumindest ein großes Fragezeichen hinter diese Praxis setzen“, sagte Straub und forderte in diesem Punkt eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems.

Komplexbehandlungen haben um 180 Prozent zugenommen

Straub mahnte, schon heute die nötigen Strukturen zu entwickeln, um in der Zukunft Geriatrie-Patienten adäquat behandeln zu können. Denn bis zum Jahr 2050 werde die Anzahl der Menschen in der Generation 70plus um 46 Prozent anwachsen, wodurch die Altersmedizin immer mehr Raum einnehmen werde. Wie aus dem Report hervorgeht, ist die Zahl der Geriatrie-Patienten mit einer GFKB allein in den Jahren 2006 bis 2015 um 180 Prozent gestiegen, und zwar von 79.600 auf 222.600 Patienten. „Die massiven Steigerungsraten bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sind nicht rein durch den demografischen Wandel erklärbar“, sagte der Autor des Barmer-Krankenhausreports, Professor Boris Augurzky vom RWI - Leibniz-Institut für

Wirtschaftsforschung. Das Thema sei auch ökonomisch relevant. Schließlich sei eine GFKB bei Oberschenkelhalsbruch mit 14 Behandlungstagen um 950 Euro teurer als eine klassische Rehabilitation, die je Geriatrie-Patient im Schnitt mit 3.100 Euro zu Buche schlägt.

Massive regionale Unterschiede bei geriatrischer Behandlung

Medizinisch ebenfalls nicht nachvollziehbar sind laut Barmer die deutlichen Unterschiede bei der jeweiligen Versorgungsform im Bundesgebiet. Wie ein älterer Patient behandelt wird, hängt demnach auch davon ab, in welchem Bundesland er wohnt. Denn laut Report reicht der Anteil der Geriatrie-Patienten mit einer GFKB von 4,3 Prozent in Bayern bis zu 24,3 Prozent in Hamburg. Für die Betroffenen sei das von großer Bedeutung, denn der Report lasse darauf schließen, dass das Behandlungsergebnis auch von der Versorgungsform abhängt. So werden von den Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch 47 Prozent nach einer Komplexbehandlung und lediglich 40 Prozent nach einer Reha pflegebedürftig. „Die GFKB im Akutkrankenhaus weist im Vergleich zur Versorgung in klassischen Reha-Einrichtungen einen geringeren Behandlungserfolg auf. Daher sollte die Komplexbehandlung nur dann zum Einsatz kommen, solange der Patient noch einer Krankenhausbehandlung bedarf. Dies hängt aber von dessen individuellem Gesundheitszustand ab“, sagte Straub. Zudem müsse stärker auf Prävention gesetzt werden, um zum Beispiel Stürze zu vermeiden, durch die viele Oberschenkelhalsbrüche entstehen.

Geriatrie in großen Kliniken ansiedeln

Neben Änderungen bei der GFKB-Vergütung gibt es auch Handlungsbedarf bei den Leistungserbringern. Denn der Report zeigt, dass Kliniken mit mindestens fünf Fachabteilungen bei der Versorgung der Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch tendenziell erfolgreicher sind. Mehrere Fachdisziplinen gewährleisten demnach eine ganzheitlichere Sicht bei der Behandlung des Patienten. So sei das Risiko, im Anschluss an ein Pflegeheim überwiesen zu werden, um sechs Prozentpunkte geringer, wenn die Betroffenen in einer großen anstatt einer kleineren Klinik behandelt werden. „Geriatrie-Patienten sollten nach Möglichkeit an größeren, multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern behandelt werden. Dort haben sie bessere Chancen, wieder auf die Beine zu kommen, um noch lange in ihren eigenen vier Wänden leben zu können“, sagte Augurzky.

Daten aus dem BARMER-Krankenhausreport 2017

- **Kosten:** Im Jahr 2016 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je weiblicher Versicherter für den vollstationären Aufenthalt im Schnitt bei 771 Euro bei körperlichen und 99 Euro bei psychischen Erkrankungen. Je männlichen Versicherten fielen 789 und 88 Euro an. Der Krankenhausaufenthalt einer Patientin kostete im Schnitt 3.664 Euro bei körperlichen und 7.110 Euro bei psychischen Erkrankungen. Bei einem Patienten betragen die Kosten im Schnitt 4.145 Euro bzw. 5.650 Euro (Report S.12).
- **Verweildauer:** Die Patientinnen und Patienten bleiben immer kürzer im Krankenhaus. So sank die Verweildauer von 8,51 Behandlungstagen im Jahr 2006 auf 7,49 Tage im Jahr 2015. Dieser volle Tag weniger entspricht einem Rückgang um zwölf Prozent. Allerdings liegen psychisch erkrankte Menschen immer länger in der Klinik. Die

Aufenthaltsdauer dieser Gruppe stieg in den Jahren 2006 bis 2016 im Schnitt von 22,15 auf 23,59 Tage. Das ist ein Zuwachs von 6,5 Prozent (Report S.34).

- **Regionale Unterschiede:** Während in Baden-Württemberg im Jahr 2016 nur 177 und in Hamburg 188 von 1.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es in Sachsen-Anhalt 245 und in Thüringen sogar 247. Große Unterschiede gab es auch bei den Kosten je Versicherten. Sie schwankten zwischen 647 Euro für körperliche und 93 Euro für psychische Erkrankungen in Baden-Württemberg und 917 Euro und 88 Euro in Thüringen (Report S.39 und 41).
- **Diagnosen:** Mit 41,3 Fällen je 10.000 Versicherten führte die Diagnose Herzinsuffizienz die Liste der häufigsten Hauptdiagnosen im Jahr 2016 an. Sie machte knapp 1,9 Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus. An zweiter Stelle folgte mit 38,3 Fällen je 10.000 Versicherten die Diagnose Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Danach kam auf Position drei die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 36,5 Behandlungsfällen je 10.000 Versicherten und auf Position vier die Diagnose Angina Pectoris mit 28,3 Behandlungsfällen (Report S. 49).

Auf einen Blick

- **Was ist der Unterschied zwischen einer GFKB und einer Reha?**

•

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) greift in aller Regel bei multimorbiden Patienten über 70 Jahre nach der Behandlung einer akuten Erkrankung. Sie erfolgt im Krankenhaus und die Reha in einer klassischen Rehabilitationseinrichtung. Beide Versorgungsformen sollen dazu beitragen, dass der Patient zum Beispiel nach einer Operation oder einem Schlaganfall wieder so fit wird, dass er im Optimalfall weiterhin zu Hause ohne fremde Hilfe leben kann.

- **Wann kommt eine GFKB zum Einsatz, wann eine Reha?**

Die GFKB erfolgt bei Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass sie noch längere Zeit in der Klinik bleiben müssen. Denn wer länger bettlägerig ist, der muss mit Muskel- und Knochenabbau sowie einem weiteren Kräfteverlust rechnen. Genau das versucht die Komplexbehandlung durch frühzeitige rehabilitative Maßnahmen zu verhindern. Die GFKB kann auch in Vorbereitung für eine Reha erfolgen. Letztere kommt dann zum Einsatz, wenn es den Patienten wieder so gut geht, dass sie nicht mehr stationär versorgt werden müssen. In den Jahren 2006 bis 2015 ist die Anzahl der Geriatrie-Patienten mit einer Komplexbehandlung um 180 Prozent gestiegen, von 79.600 auf 222.600 Betroffene.

- **Wie wird die GFKB vergütet?**

Die Behandlung von Patienten in Krankenhäusern wird mit Fallpauschalen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) vergütet. Mittlerweile gibt es 17 DRGs, in die die GFKB einfließt. Diese haben einen unterschiedlichen Leistungsumfang und sind mit einer abgestuften Verweildauer versehen, die einem Sieben-Tage-Intervall (7/14/21) folgt.

- **Wie wird die Reha vergütet?**

Im Gegensatz zur GFKB im Krankenhaus werden Rehabilitationseinrichtungen in der Regel nach tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Diese sind zuvor mit den Einrichtungen und den Krankenkassen verhandelt worden. Im Schnitt schlägt eine Reha für Geriatrie-Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch mit 3.100 Euro zu Buche.