

Zürcher Symposium zur Zukunft der Frührehabilitation

Hochbetagte Spital-Patienten fordern das DRG-System heraus

Im Jahre 2012 wird in der ganzen Schweiz die Spitalfinanzierung umgestellt auf sog. Fallkostenpauschalen (Swiss-DRG-System; DRG=Diagnosis related Groups). Je näher dieser Termin rückt, umso grösser werden Ängste und Befürchtungen, das DRG-System werde massive negative Auswirkungen auf die Behandlung insbesondere älterer Menschen im Spital haben.

Im DRG-System werden Spitäler für die Abklärung und Behandlung ihrer PatientInnen nicht mehr auf der Basis von Tagespauschalen oder Einzelleistungen vergütet, sondern auf der Basis von Pauschalen.

Jeder Patient/jede Patientin wird entsprechend seiner Hauptdiagnose, seinen Nebendiagnosen, den angewendeten Prozeduren (Massnahmen, Eingriffe) sowie seinem Alter, seinem Geschlecht und Schweregrad der Erkrankung einer Fallgruppe zugewiesen, für welche ein bestimmter Preis definiert ist.

Die Finanzierung über Fallpauschalen ist ohne Zweifel schlecht geeignet für die ausgeprägt divergenten gesundheitlichen Bedürfnisse hochbetagter, polymorbider Menschen. DRGs orientieren sich idealerweise an den eindimensionalen Gesundheitsbedürfnissen jüngerer Menschen. Man müsste wohl Tausende von Fallpauschalen definieren, um im Einzelfall einigermaßen korrekt die Aufwendungen abzubilden. Dies ist natürlich illusorisch und auch nicht das Ziel einer Finanzierung über Pauschalen: Letztere bilden immer einen Durchschnitt ab – es wird in jeder Fallkostengruppe Patienten geben mit höheren und andere mit tieferen Aufwendungen.

Die Gefahr ist aber trotzdem nicht von der Hand zu weisen, dass Institutionen, die besonders viele solcher geriatrischen Hochkosten-Patienten betreuen, schlussendlich Probleme kriegen – weil der sog „Case-Mix“ nicht mehr stimmt. Der ökonomische Druck im Spital würde steigen, sich dieser geriatrischen Patienten möglichst rasch zu entledigen.

Warum überhaupt Fallpauschalen für geriatrische PatientInnen?

Intuitiv lehnt man als erfahrener Spitalgeriater eine Finanzierung über Pauschalen ab.

Schon vor über 20 Jahren fasste ein englischer Geriater die geriatrische Alltagserfahrung in den kurzen Satz: „The characteristic feature of old age is diversity. There is no homogeneous biomass called „the elderly“. Oder, wie es ein anderer Geriater beschreibt: „Frail older people are not ideal patients for the often hard-pressed setting of medical assessment units.“

„Nicht ideale Patienten...“: Sollte man damit nicht die hochbetagten, gebrechlichen, häufig demenzkranken PatientInnen aus dem Swiss-DRG-System herausnehmen und sie „anders“ finanzieren?

Dieser Frage mussten sich auch die Geriater in Deutschland stellen, als dort das australische DRG-System als Basis für die Entwicklung des German-DRG-Systems herangezogen wurde; im australischen DRG-System waren die geriatrischen Dienstleistungen ausgeklammert.

Unsere deutschen Kollegen befürworteten den Einbezug der geriatrischen Spital-Dienstleistungen in ihr DRG-System.

Aus einer heutigen Sicht war dieser Entscheid der deutschen KollegInnen ohne Zweifel korrekt: Das Finanzierungssystem hat die medizinischen Realitäten abzubilden, nicht zu definieren. Und da heute schon hochbetagte, gebrechliche PatientInnen in den Spitälern behandelt werden, war es folgerichtig, dass auch im Swiss-DRG-System diese Leistungen abgebildet werden.



Foto: Alexander Rathis - Fotolia

Sollten hochbetagte Patienten aus dem Swiss-DRG-System herausgenommen werden?

Ohne Einbezug akutgeriatrischer Spital-Dienstleistungen in das DRG-System würden geriatrische Patienten wohl schlicht die Berechtigung einer wirksamen und zweckmässigen Spitalbehandlung verlieren, da nicht mehr adäquat finanziert. Sie würden nach kurzer, eindimensional ausgerichteter und damit ungenügender Spitalbehandlung in einen wohl unterfinanzierten, „geriatrisch-rehabilitativen“, postakuten Bereich oder je nach regionaler Situation noch schlimmer direkt in eine, mit der Problematik dieser Patienten überforderten, Langzeitpflege-Institution verlegt. Qualitätsverluste und massiv steigende Kosten im postakuten Bereich wären programmiert.

Wie sieht eine geriatrische Abklärung und Behandlung im Spital unter DRG aus?

Spitalbedürftige geriatrische Patientinnen und Patienten sind polymorbid, gebrechlich und in der Regel über 80-jährig. Polymorbid heisst, dass sie an mehreren Diagnosen leiden (in der Regel 6–12). Jede dieser Diagnosen ist bedeutend einerseits zur Erklärung des aktuellen Zustands, andererseits als Grundlage der Therapieplanung, welche möglichst den Austritt nach Hause in die angestammten Verhältnisse zum Ziel hat.

Typisches Beispiel ist ein demenzkranker oder depressiver Patient mit Unfallfolge (z.B. Fraktur), postoperativen Komplikationen (z.B. Delir, Pneumonie), weiteren vorbestehenden Erkrankungen (Herz-Kreislaufkrankungen, neurologischen Erkrankungen) sowie defizitärem Sozialnetz.

Der erfahrene Kliniker tut sich schwer, hier „eine Hauptdiagnose“ zu begründen. Das schlussendlich zu erreichende funktionelle Outcome, nämlich der Austritt nach Hause mit möglichst hoher Autonomie und möglichst geringem Pflegebedarf ist vom adäquaten Einbezug aller zugrundeliegenden Leiden abhängig – somit mehr von einer klugen Prozedur als von einer Hauptdiagnose.

Im DRG-System wurde damit eine dieser Situation entsprechende Prozedur definiert: Die „geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung“ (CHOP-Code 93.89.9). Diese Prozedur ist relativ filigran definiert: Sie schreibt u.a. die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter Führung eines FMH-Geriaters vor, die Durchführung eines geriatrischen und sozialen Assessments, wöchentliche Teambesprechungen, aktivierend-therapeutische Pflege sowie Team-integrierten Einsatz von bestimmten Therapien in definierter Mindestquantität.

Diese Prozedur definiert dann zusammen mit verschiedenen Hauptdiagnosen und den o.g. anderen Faktoren die Zuweisung zu einer bestimmten Fallkostengruppe. Die Wirksamkeit eines akutgeriatrischen Behandlungskonzepts im Spital ist belegt; eine solche geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung im Akutspital dauert zwischen mindestens sieben und mindestens 21 Tagen.

Noch viele Fragen offen

Das Swiss-DRG-System hat heute im Prinzip die Grundlagen dafür gelegt, dass weiterhin auch hochbetagte, gebrechliche, polymorbide Patientinnen und Patienten im Spital behandelt werden können.

Trotzdem bleiben viele Fragen noch offen – sie werden erst in den Jahren 2013 und 2014, wenn das Swiss-DRG-System zu laufen begonnen hat – richtig virulent. Aber sie sind bereits heute abzusehen:

1. Wird es, vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen, genügend akutgeriatrische Abteilungen und Kliniken geben? Akutgeriatrische Kliniken sind heute, trotz demographischem Wandel, dünn gesät. Es ist davon auszugehen, dass – je nach lokaler Situation – pro 100 000 Einwohner ca. 25–30 Akutgeriatrische Betten geschaffen werden sollten. Viele Kantone tun sich heute noch sehr schwer, entsprechende Angebote zu planen. Akutgeriatrien funktionieren in einem altersgerechten Gesundheitssystem als wichtige zentrale Drehscheibe und als präventive Institution gegen Fehlplatzierungen hochbetagter Menschen.
2. Es wird Diskussionen geben über die Verschiedenheit von Akutgeriatrien in der Schweiz (Kosten, Aufenthaltsdauern). „Effizienzsteigerung“ in einer akutgeriatrischen Klinik mit ihrer Patienten-

population ist nicht primär möglich über Straffung von Abläufen, sondern nur über Patientenselektion, d.h. Vermeidung von PatientInnen mit voraussichtlich überlangen Behandlungszeiten oder Verlegung von Patienten in andere Institutionen. Erst eine gesamtwirtschaftliche Betrachtung über die ganze Behandlungskette (vom Akutspital über allenfalls vorhandene rehabilitative Einrichtungen bis zu Spitex und Pflegeheime) wird Klärung dieser Diskussionen bringen. Eine rein betriebswirtschaftliche Sicht wird hier nicht genügen. Nur sind heute gesamtwirtschaftliche Betrachtungen leider nicht „en vogue“.

3. Diskussionen werden insbesondere auch entstehen über die Indikation zur geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung unter DRG. Da diese im Hinblick auf die Polymorbidität, das Patientenalter und den Ressourcenverbrauch (Aufenthaltsdauern) eine teure Prozedur ist, werden Controller primär die Indikation hinterfragen. Die Schweizer Spitalgeriaterinnen und -geriater werden damit möglichst objektive und messbare Indikationskriterien erarbeiten und diese mit den Tarifpartnern abstimmen müssen. (Solche Kriterien können im Einzelfall wegen ungenügender Sensitivität resp. Spezifität dann sehr ungerecht sein. In der Entscheidung am individuellen Patientenbett wäre der gesunde ärztlich-geriatrische Sachverstand immer noch das beste Kriterium).

Gesellschaftliche Ethik sollte schwächste Mitglieder stützen

In der Schweiz sind die Grundlagen für eine gute Spitalbehandlung hochbetagter, polymorbider, gebrechlicher Patientinnen und Patienten gelegt. Da letztere „Hochkosten-PatientInnen“ sind, werden die ökonomisch fokussierten Diskussionen nach Einführung der DRG's sicherlich nicht beendet sein.

Der Autor hofft auf die Fähigkeit des DRG-Systems, erkannte Missstände im Verlauf zu beheben. Er hofft auf die dann notwendige Dialogbereitschaft aller Tarifpartner und insbesondere auf eine gesellschaftliche Ethik, welche diese schwächsten Mitglieder (die Geriatrie-PatientInnen) stützt und schützt. Geriatrie (ob im Spital oder im Pflegeheim) ist und war schon immer ein primär gesundheitspolitik-gesteuertes, damit „öffentliches“ Fachgebiet. Die Gesundheitspolitik wird auf eine funktionierende spitalgestützte Akutgeriatrie in einer alternden Gesellschaft nicht verzichten wollen und können.

▼ Dr. med. Daniel Grob, Zürich

Literatur:

1. Daniel Grob ist Facharzt für Innere Medizin, spez. Geriatrie, Chefarzt und medizinischer Direktor am Stadtspital Waid, Gesundheitsrat des Kantons Appenzell ARh, Verwaltungsrat eines Pflegezentrums und Mitglied der zentralen Ethikkommission der Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW. Der vorliegende Artikel basiert auf dem Referat „Akutgeriatrie und geriatrische Frührehabilitation: Liegt der hochbetagte Patient quer im DRG-System?“. Symposium Zukunft der Frührehabilitation im Spital. Stadtspital Triemli, Zürich 6. Dez. 2010. Eine ausführlichere Version dieses Artikels findet sich auf www.danielgrob.ch
2. Aus: Fallpauschalen in Schweizer Spitälern: Basisinformationen für Gesundheitsfachleute. www.swissdrg.org
3. Insofern war das Tagespauschalen-System durchaus gerecht, es setzte aber nach Meinung von Ökonomen falsche Anreize.
4. Isaacs B. 1992
5. John Young. Red Flags in Geriatrics. Clin.Med. 2007;7:512-4
6. Z.B. Baztan JJ. Et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorder: Meta-analysis. BMJ 2009. Ellis G. Langhorn P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. Br Med Bull. 2005; 71: 45-59 Bachmann S. et al. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients. Systematic review and meta-analysis of controlled trials. BMJ 2010.