

Geriatric

## Zukunftsfach ohne Zukunft?

**Größerer Pflegeaufwand, längere Verweildauer, Multimorbidität - der Alterspatient sprengt jede Fallpauschale. Muss sich die Geriatrie, mehr denn je gefordert, wegen Inkompatibilität zur neuen DRG-Vergütungssystematik aus dem Krankenhauswesen verabschieden? Fundamentale Auseinandersetzungen erschüttern das Fach, das erste Hospital hat die Schließung seines geriatrischen Schwerpunktes angekündigt.**

Jammern gehört zum Geschäft, und gejammert wird in der Medizin allenthalben, meist auf hohem Niveau. So verweist Dr. Rolf Hoberg auf jene Unmenge von Briefen, die man ihm täglich in sein AOK-Bundesvorstandszimmer trägt, in denen die Schreiber aller medizinischen Disziplinen sich mittlerweile in das Unabwendbare gefügt haben und sich für die Einführung der neuen DRG-Vergütungssystematik aussprechen, ja man begrüßt sogar eine weitgehend undifferenzierte Pauschalisierung. Haben die Krankenhausärzte etwa ihren Frieden mit den DRGs gefunden? Der Schein trügt, enden die Anschreiben doch regelmäßig mit dem sattnam bekannten Standardargument der Kliniker: „Meine Patienten und mein spezifisches Herangehen sind so anders, dass man mein Fach niemals in einem DRG-System abbilden kann“.



Für Besonderheiten hat die AOK keinen Sinn. All die „kleinen Gärtchen mit ihren Schutzzäunen drumherum“, in denen jeder nach Gutdünken vor sich hinwerkelt, ohne auf die Kosten zu achten, werde es nicht mehr geben, ermahnt Hoberg auf der Euroforum-Konferenz „Zukunftsmarkt Geriatrie 2002“ in Stuttgart die Kliniker, sich in die neue DRG-Welt einzufügen.

Und doch hat Hoberg ein Einsehen mit der Geriatrie. Der geriatrische Patient, da muss der AOK-Vorständler den Geriatern beipflichten, „wird im DRG-System nicht berücksichtigt“. Es gibt keine spezifischen geriatrischen DRGs. In der DRG-Systematik ist Geriatrie keine Krankheit, keine Prozedur, ja selbst die Definition eines geriatrischen Patienten ist unklar, uneinheitlich auch die Verbringung. Da stünden noch, so Hoberg, „fundamentale Auseinandersetzungen“ an, „Lamentieren ist nicht der richtige Weg“.

In einem Punkt sind die Fundamente längst zementiert. Auch wenn Dr. Heide Möck die Geriatrie in der Vergütung als „unzureichend abgebildet“ bezeichnet, werden die Vertreter der Altersheilkunde sich wohl damit abfinden müssen. „Sie werden sicherlich keine geriatrischen DRGs bekommen“, insistiert die DRG-Expertin und Medizin-Controllerin vom Institut für Medizinisch-Ökonomisches Consulting aus Kaiserslautern und raubt auch diesem Fachbereich die Illusion auf Sonderbehandlung. So sieht es auch Hoberg, der mit einem „eindeutigen und entschiedenen Nein“ die DRG-Diskussion beenden will.

Während der Bettenabbau in deutschen Krankenhäusern eingeleitet ist, rüstet die Geriatrie auf. Gab es 1997 noch 8.000 akut-geriatrische Betten, wurden drei Jahre später bereits 9.400 gezählt. Von allen anderen medizinischen Disziplinen hat nur noch die Neurologie ein Bettenwachstum zu verbuchen, wenn auch ein viel geringeres als die Akut-Geriatrie, die in vier Jahren um 16 Prozent wuchs. Hinzu kommen gerontopsychiatrische Einrichtungen mit etwa 15.000 Plätzen.

Das Krankenhaus muss sich etwas einfallen lassen, wie es seine alten multimorbiden Patienten in die DRG-Welt einpasst. Das beginnt bei der Verweildauer, die in einer akut-geriatrischen Abteilungen etwas länger ist als in der Inneren Medizin oder in der Neurologie mit ihrem jüngeren Altersmix. Da „lässt sich viel verbessern“, sagt Möck, „ich bin ein Freund von Behandlungsleitlinien und Standards“.

Das wäre der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, Prof. Ingo Füsgen, auch gerne. Doch mit Evidence based Medizin und Leitlinien „kommt man dem geriatrischen Patienten nicht bei“. Wie soll man, fragt Füsgen, einen über 70-jährigen Patienten mit mehr als fünf behandlungsbedürftigen Krankheiten eigentlich auf Grundlage bester wissenschaftlicher Erkenntnis versorgen, wenn die Wissenschaft vor der geriatrischen Komplexität das Handtuch wirft? „Ich kann noch nicht einmal im Fachbuch nachschlagen, welche Interaktionen von Medikamenten ich bei fünf

zu erwarten habe“, verweist Füsgen auf die Aussichtslosigkeit, gesundheitspolitisch gewünschte Leitlinien für multimorbide Patienten einführen. Das mag für einzelne Krankheiten ja gehen, nicht jedoch für ihre Kombination. Und genau solche Kombinations-Patienten sind in der Geriatrie die Regel. Füsgen: „Ich habe ja nur solche Patienten und nicht das klassische Patientengut.“

Etwa jeder dritte in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Bundesbürger im Alter von 85 Jahren hat drei Krankheiten, jeder Zehnte dieser Altersgruppe sogar vier. Dabei weist die Co-Morbidität beim älteren Patienten eine erhebliche Heterogenität auf; der Mensch altert individuell recht unterschiedlich. Das macht es so schwer, Studienergebnisse bei älteren Patienten auf den Individualfall zu übertragen. Patienten im höheren Lebensalter zeigen exemplarisch die methodischen Grenzen der Evidence based Medicine auf.

So wird es verständlich, dass Füsgen ratlos vor einem Vergütungssystem steht, welches die Multimorbidität „in kleinster Weise berücksichtigt“. „Ist“, fragt der Geriater sarkastisch, der Diabetes meines Alterspatienten mehr wert als die anderen vier behandlungsbedürftigen Krankheiten, habe ich eine Wertekonkurrenz der Krankheiten?“ Eigentlich, schlussfolgert Füsgen, müssten bei einem Multimorbiden alle Krankheiten gleichberechtigt im DRG-System abgebildet werden. Werden sie aber nicht.

Möck, die selbstredende „gerne, leidenschaftlich kodiert, und das zu jeder Tageszeit“, rät den Geriatern, Nebendiagnosen besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Gerade bei Funktionsdefiziten wie Hemiplegie und Paresen, Inkontinenz und Dysphagie spuckt der Grouper relativ hohe Werte aus, die zu einer Höherbewertung der Vergütungspauschale führten. Insbesondere um den Schlaganfall ranken sich viele Nebendiagnosen, Begleiterkrankungen, Symptome, die schnell zu einer Höherbewertung führen wie Hirninfarkt mit Schluckstörung. Demgegenüber führen die bei Alterspatienten so häufig anzutreffenden kognitiven Störungen in der DRG-Systematik nicht zu einer Höherbewertung.

Dabei wird jeder siebte Alterspatient kognitiv gestört, allein durch die Krankenhaus-einweisung. In der Geriatrie ist es jeder Elfte. Und wenn der geriatrische Patient in den OP geschoben wird, „wird es ganz schlimm, da hat er fast keine Chance, im Kopf nicht einen ordentlichen Schaden zu bekommen“, verweist Füsgen auf psychologische Imponderabilien seiner Klientel, die im neuen Vergütungssystem nicht berücksichtigt werden. Füsgen: „Etwas Schlechteres kann einem 70-Jährigen nicht passieren, als dass er ins Krankenhaus muss“.

Völlig ungeklärt ist die Vergütung für jene geriatrischen Patienten, die aus anderen Krankenhäusern zugewiesen worden sind, und das sind 60 bis 80 Prozent aller Patienten in einer geriatrischen Abteilung. Wem gehören die? „Dazu gibt es unter DRG-Bedingungen keine Lösung“, muss selbst ein Experte wie Dr. Johannes Bruns vom Verband der Angestellten Krankenkassen, achselzuckend eingestehen, die Verlegung sei „völlig ausgeblendet“.

Gerät die Geriatrie in eine auswegslose DRG-Sackgasse? Der Sturz, bei jedem zweiten geriatrischen Patienten diagnostiziert, und der Schlaganfall, bei jedem dritten anzutreffen, seien doch mit DRGs abbildbar, sieht Hoberg keinen Grund zum Lamentieren. Weiterhin ist für etwa 40 DRGs ein Alterssplitt vorgesehen. Wenn auch nicht für die Belange der Geriatrie entwickelt, kommt die neue Vergütungssystematik den Geriatern durch Schweregraderhöhung bei alten Menschen entgegen. So rutscht ein Patient beispielsweise unter dem Terminus „Neubildung des Nervensystems“ sofort in die nächst höher bewertete DRG, wenn er das 64. Lebensjahr überschritten hat. Das gilt auch für Verletzungen von Unterarm, Hand und Fuß. Hier gilt das 75. Lebensjahr als Kriterium.

Die Crux, sagt Prof. Ludger Pientka, Soziologe und Geriater aus dem Katholischen Krankenhaus Herne, ist, dass die DRGs an den ICD-10 orientiert sind, also an Diagnosen. „Die Geriatrie ist nicht nur biologisch orientiert, sondern biopsychosozial“. Was den Geriater am Krankheitsbild Osteoporose interessiert, sei nicht die Knochendichte und nicht das Röntgenbild, „es ist der Erhalt der Selbstständigkeit, es ist die Lebensqualität, der Angstabbau“.

Der Tod spiele bei älteren Patienten in vielen Fällen eine viel geringere Rolle. Viel relevanter als das Ableben sei die Selbstversorgung, gibt Pientka seine persönlichen Erfahrungen wieder. Unter keinen Umständen dürfe diese Selbstversorgung des Patienten gefährdet werden. Dabei werde häufig von den Klinikern übersehen, dass ein 75-jähriger Patient noch 15 Jahre vor sich hat. In der Geriatrie, das sei so schwer zu vermitteln, „wird der Erfolg in ganz anderen Dimensionen gemessen und das macht es uns so schwierig, im DRG System zu bestehen“. Auch wenn es schwer falle, bei all den verwirrend vielen geriatrischen Krankheiten, bei all den Interferenzen, „so muss doch auch für die Geriatrie die Evidence based Medicine gelten“, kommt bei Pientka der Optimismus zum Durchbruch.

Kann man mit dem neuen Vergütungssystem das Ziel, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest zu

verzögern und somit die wohnortnahe Versorgung in den Vordergrund zu rücken, weiterhin verfolgen? Im DRG-Land USA wurde zwischen 1992 und 1997 die Krankenhausverweildauer für Medicare -Patienten über 65 mit Pneumonie dramatisch verkürzt, von 12 auf acht Tage. An der Zahl der Intensivpatienten (15 Prozent) und der Beatmungspatienten (neun Prozent) hat sich nicht geändert.

Die Kehrseite der ökonomischen Erfolgsbilanz: Die Zahl der Neueinweisungen innerhalb von 30 Tagen stieg von drei auf fast vier Prozent. Konnte 1992 jeder zweite Alterspatient ohne besondere Betreuung in die eigenen vier Wände entlassen werden, waren es sechs Jahr später nur noch ein Drittel. Somit fiel die Zahl der sich selbst versorgenden Patienten von 51 auf 35 Prozent. Jene Patienten, die nach dem Krankenhausaufenthalt zu Hause gepflegt werden mussten, stieg von 19 auf 22 Prozent. Und von 30 auf 43 nahmen jene Alterspatienten zu, die in ein Pflegeheim überstellt wurden.

Und 70 von 100 Medicare -Patienten mit Schenkelhalsfraktur landen mittlerweile nach der Krankenhausbehandlung im Pflegeheim oder in der Rehabilitation. Nur ein kleiner Teil der Patienten kann direkt zur häuslichen Pflege in die eigenen vier Wände entlassen werden.

Die Einsparungen unter DRG-Bedingungen muss die Gesellschaft im Pflegeheim teuer bezahlen. Dafür ging die Mortalitätsstatistik der Krankenhäuser zurück. Doch auch hier geht die Bilanz nicht auf. Die geringere Krankenhaussterblichkeit wurde mit einer deutlich erhöhten 30-Tage-Sterblichkeit der Alterspatienten in Kauf genommen.

Zu Outcomeproblem und DRG-Eingruppierungsproblematik gesellt sich das Problem der Definition. Die Geriatrie ist kein in sich geschlossenes Fach, sie hat undefinierte Grenzen. „Nicht jeder Patient, der älter als 75 Jahre ist und mehr als zwei Nebendiagnosen aufweist, ist ein klassischer geriatrischer Patient“, deutet Hoberg auf Abgrenzungsprobleme hin. Bei der Frage, was ein geriatrischer Patient ist, habe er ebenso „Klärungsbedarf“ wie bei der nach der spezifischen geriatrischen Behandlung.

Harninkontinenz ist ein Kriterium. Etwa 45 Prozent der 50- bis 59-Jährigen leiden unter Harninkontinenz, bei den über 90-Jährigen sind es 80 Prozent. Jeder zweite ältere Patient ist somit inkontinent und bei der Hälfte von ihnen weiß es ihr Hausarzt nicht. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen sind etwa 1,5 Millionen Frauen und 0,7 Millionen Männer harninkontinent. „Obwohl es für den Patienten und für die Gesellschaft so wichtig ist, obwohl Inkontinenz die Einbahnstrasse ins Pflegeheim ist, schert sich keiner drum“, echauffiert sich Füsgen über die allgemeine Ignoranz.

Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Depression und Angst, Fehl- und Mangelernährung, chronische Schmerzproblematik, Schwindel und Sturzneigung, herabgesetzte körperliche Belastbarkeit, psychosoziale Probleme und eine herabgesetzte Medikamententoleranz sind ebenfalls Charakteristika geriatrischer Patienten. Man kann auch nach den fünf geriatrischen „I's“ selektionieren: Intellektueller Abbau, Immobilität, Instabilität, Inkontinenz und iatrogene Störungen.

Die Identifikation von geriatrischen Patienten und ihre Zuweisung ist für Möck „der Knackpunkt“. Zu oft müssen Patienten lange Umwege machen, bis sie endlich in der Geriatrie ankommen, meist in einem schlechten Zustand. „Jede Abteilung steckt ihre Claims ab“ kritisiert die Medizin-Controllerin und gelernte Anästhesistin die Zuweisungspolitik in deutschen Kliniken. „Da geht es um Bettenpolitik und Bettenzuweisung“, charakterisiert sie einen Verteilungskampf zwischen Internisten und Neurologen, die mit dem bettenführenden Geriatern um die multimorbide Klientel rangeln. „Es gibt nicht nur Konkurrenz unter den Fachbereichen, sondern auch unter Krankheiten“, glaubt Pientka eine Erklärung gefunden zu haben, warum es seinen Kollegen von der Kardiologie so gut gehe.

Alles andere als gut geht es einer eigentlich zukunftsweisenden Einrichtung, dem Evangelischen Geriatriezentrum Berlin für Akutgeriatrie und Nachsorge und ihrer Chefin Prof. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, die von einem Skandal spricht. Der Grund: Unter enormen Kostendruck geraten, versuchen die Krankenkassen, die Kostenübernahmen stationärer Geriatriepatienten auf wenige Tage einzugrenzen. Sinn der Strategie: Geriatrische Patienten sollen so schnell wie möglich in den ambulanten Sektor verschoben werden. Sich gegen den „neuen Trick der Kassen“ aufzulehnen, so Steinhagen-Thiessen, „ist unser tägliches Brot“.

Das Problem aus der Sicht der Geriaterin: Die ambulanten Versorgungsstrukturen seien nicht geriatricspezifisch. „Wie soll man vor- und nachstationäre Behandlungen ambulant durchführen, wenn die Patienten immobil sind?“. Das könne nicht funktionieren. Es sei ein schwieriges Geschäft, klagt Steinhagen-Thiessen, unter solchen Bedingungen

eine Institution mit 132 Betten und einer Tagesklinik mit 40 Plätzen über Wasser zu halten.

Mit der Einführung der DRG-Vergütungssystematik wird sich vieles ändern. „Es muss im Interesse der Geschäftsführung sein, dass geriatrische Patienten schnellstmöglich die beste Behandlung bekommen“, zieht Möck die Konsequenz aus der klinisch-ökonomischen Umorientierung.

In der Tat, die Akut-Geriatrie kann Erfolge für sich verbuchen, die auch von ökonomischen Interesse sind. Obwohl die Patienten erheblich älter sind als in der Inneren Medizin und auch die Verweildauer ab dem 55. Lebensjahr deutlich hoch geht, gibt es kaum Langlieger, auch nicht mit höherem Alter. Eine andere Untersuchung attestiert der Akut-Geriatrie sogar kürzere Verweildauer, niedrigere Mortalität, geringere stationäre Wiederaufnahmerate und längere Intervalle zwischen den stationären Aufnahmen.

Liegt ein geriatrischer Patient acht Tage in der Abteilung für Innere Medizin, kommt er aus der geriatrischen Station bereits nach sieben Tagen heraus und in 86 Prozent der Fälle direkt ins eigene Heim, während die Internisten nur 78 von 100 nach Hause entlassen können. Einmal ins Pflegeheim eingeliefert, sind nach drei Monaten 30 von 100 eingewiesenen internistisch betreuten Patienten noch dort anzutreffen, bei den aus der Geriatrie überwiesenen sind es nur noch 22 Prozent.

Wenn er mit den Internisten in Sachen Versorgungsqualität von Alterspatienten konkurrieren müsste, „habe ich keine Probleme“. Liefere die Konkurrenz über den Preis, sagt Pientka, „dann verlieren wir Geriater. Was wir als Mediziner definitiv noch nicht können, ist das Verhältnis von Nutzen, Schaden und Kosten in eine vernünftige Relation zu bekommen“.

Ob es bei der heutigen Versorgungsstruktur bleibt, die zwischen Akut-Geriatrie, geriatrischer Rehabilitation, geriatrischer Langzeitstation in Sinne einer Übergangspflege und geriatrischem Pflegeheim unterscheidet, ist fraglich. Denn mit nicht definierten Schnittstellen und einem von Bundesland zu Bundesland differierenden Versorgungsauftrag für Krankenhäuser (§ 108 SGB V) und Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) tut sich die Geriatrie schwer, den Aufbruch zu wagen.

Hoberg sieht zwei mögliche Entwicklungen auf die Geriatrie zukommen, von der nur eine realisiert werden könne. „Entweder gehört die Geriatrie in die Akutmedizin hinein, mit entsprechender Verweildauer, oder es gibt die Trennung zwischen der Geriatrie als Akut-Geriatrie mit einer kurzen, der Normalverweildauer angenäherten Verweildauer und einer anschließend geriatrischen Rehabilitation“. Mit der heutigen Gemengelage, wo je nach Bundesland die Geriatrie entweder an ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung angebunden ist, könne und wolle man nicht weiter leben.

Damit trifft der AOK-Versicherungsexperte ein grundlegendes Problem der Geriatrie. Wann der geriatrische Patient ein Krankenhauspatient oder ein Rehapatient ist, unterliegt der Willkür und nicht medizinischen Kriterien. Denn in beiden Versorgungssystemen wird ein fast identisches Patientengut versorgt.

Ein Blick nach Australien könnte die Lösung bringen. „Das haben die Australier ganz geschickt gelöst“, findet Pientka an einem System gefallen, bei dem die Akut-Geriatrie im Krankenhaus mit DRGs klar kommen muss, dafür ist die Rehabilitation frei von einer pauschalierten Vergütung. Nach diesem Konzept kann der Arzt frei entscheiden, ab wann der Patient in die Rehabilitation kommt.

In Deutschland wiederum ist die Unterscheidung in Akut- und Reha-Geriatrie künstlicher Natur und entspricht kaum der Realität der geriatrischen Versorgung. Vor allem die gesundheitspolitisch gewollte Trennung in Kranken- und Pflegeversicherung bereitet der Geriatrie erhebliche methodische Probleme. Pientka: „Diese ganze Diskussion hängt mir relativ zum Halse raus“.

Offenkundig haben die Geriater Defizite in Sachen Öffentlichkeit. „Geriatrie ist Behandlung alter Versicherter“, mehr sei von dem Fach nicht bekannt, muss Dr. Johannes Bruns eingestehen. Das Eingeständnis wiegt um so mehr, ist Bruns doch Leiter medizinischer Grundsatzfragen im Verband der Angestellten Krankenkassen. Dabei macht sich Bruns keine Illusionen: „Wir werden der Altersentwicklung hinterherlaufen“. Eingebettet in einen Flickenteppich unterschiedlicher Gesetze habe es die Geriatrie schwer, sich durchzusetzen, zumal die notwendigen Strukturveränderungen der Entwicklung hinterherhinken.

„Wir müssen raus aus dieser Ecke“, fühlt sich Steinhagen-Thiessen missverstanden, dass man mit der Geriatrie „immer viel Negatives assoziiert“. Da kam fast so etwas wie Untergangsstimmung auf dem Geriatertag in Stuttgart auf, als man bemerkte: „Kinderheilkunde und Geriatrie gehen unter im DRG-System“. Immerhin, auf einen Verbündeten können sich die Altersheilkundler verlassen, auf die Kinderärzte. Am Anfang und am Ende des Lebens hat der Bundesbürger nach wie vor keine Lobby.

Claus Schwing

---

(c) 2002 by KlinikManagement Aktuell • WIKOM GmbH • Karlhäuser 6 • 94110 Wegscheid • Telefon: 08592/9357-0