

# Anlagen

---

## **Fachbereich Geriatrie:**

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen  
Einrichtungen e.V. (BAG KGE)

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.  
(DGGG)

## **Ansprechpartner:**

DRG-Projektgruppe der BAG, DGG und DGGG

Dr. med. Markus Borchelt (Sprecher)

Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB

Reinickendorfer Str. 61

13347 Berlin

Tel.: 030/450-578858

Fax: 030/450-553947

[markus.borchelt@charite.de](mailto:markus.borchelt@charite.de)

Prof. Dr. med. Norbert Wrobel

Klinikum Bremen-Nord gGmbH

[norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de](mailto:norbert.wrobel@klinikum-bremen-nord.de)

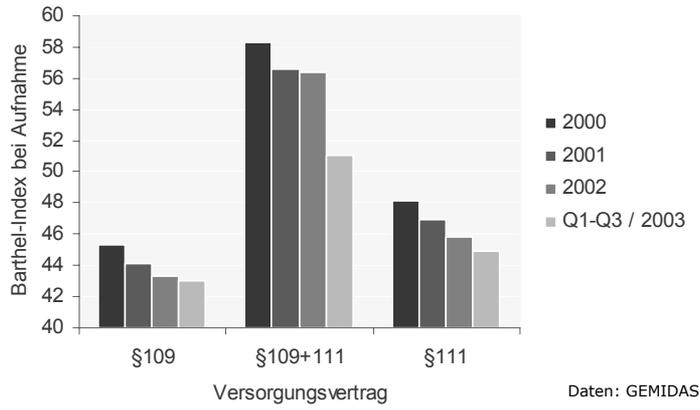
Prof. Dr. med. Ludger Pientka

Marienhospital Herne, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum

[ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de](mailto:ludger.pientka@ruhr-uni-bochum.de)

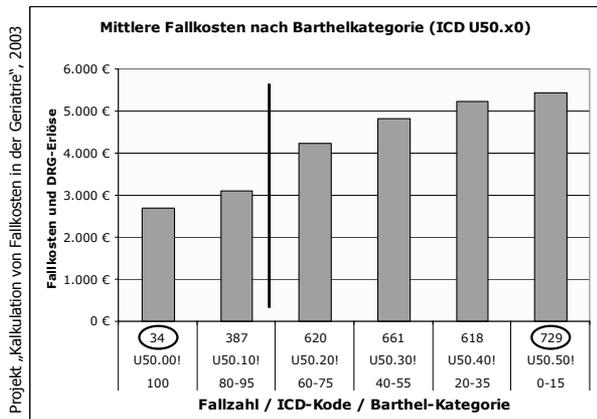
### 3. Krankenhausindividuelle Vereinbarungen: Unkalkulierbare Budgetrisiken ?

A) Zunehmende Zahl funktionell schwerst beeinträchtiger geriatrischer Patienten:



### 1. Weiterentwicklung des Lösungsansatzes für frührehabilitative Leistungen

C) Fehlende Differenzierung der Geriatrie-DRGs  
B42C, E41Z, F45Z, G51Z, I41Z  
nach Schweregrad der Funktionsbeeinträchtigung:



# Diagnosis-Related Group–Adjusted Hospital Costs Are Higher in Older Medical Patients with Lower Functional Status

Kenneth H. Chuang, MD,\*<sup>†</sup> Kenneth E. Covinsky, MD, MPH,<sup>†</sup> Laura P. Sands, PhD,<sup>‡</sup>  
Richard H. Fortinsky, PhD,<sup>§</sup> Robert M. Palmer, MD, MPH,<sup>||</sup> and C. Seth Landefeld, MD\*<sup>†</sup>

**OBJECTIVES:** To determine whether hospital costs are higher in patients with lower functional status at admission, defined as dependence in one or more activities of daily living (ADLs), after adjustment for Medicare Diagnosis-Related Group (DRG) payments.

**DESIGN:** Prospective study.

**SETTING:** General medical service at a teaching hospital.

**PARTICIPANTS:** One thousand six hundred twelve patients aged 70 and older.

**MEASUREMENTS:** The hospital cost of care for each patient was determined using a cost management information system, which allocates all hospital costs to individual patients.

**RESULTS:** Hospital costs were higher in patients dependent in ADLs on admission than in patients independent in ADLs on admission (\$5,300 vs \$4,060,  $P < .01$ ). Mean hospital costs remained higher in ADL-dependent patients than in ADL-independent patients in an analysis that adjusted for DRG weight (\$5,240 vs \$4,140,  $P < .01$ ), and in multivariate analyses adjusting for age, race, sex, Charlson comorbidity score, acute physiology and chronic health evaluation score, and admission from a nursing home as well as for DRG weight (\$5,200 vs \$4,220,  $P < .01$ ). This difference represents a 23% (95% confidence

interval = 15–32%) higher cost to take care of older dependent patients.

**CONCLUSION:** Hospital cost is higher in patients with worse ADL function, even after adjusting for DRG payments. If this finding is true in other hospitals, DRG-based payments provide hospitals a financial incentive to avoid patients dependent in ADLs and disadvantage hospitals with more patients dependent in ADLs. *J Am Geriatr Soc* 51:1729–1734, 2003.

**Key words:** diagnosis-related groups; functional status; healthcare costs; Medicare; reimbursement methods

From the \*Veterans Affairs National Quality Scholars Fellowship Program and <sup>†</sup>Division of Geriatrics, San Francisco VA Medical Center and University of California San Francisco, San Francisco, California; <sup>‡</sup>Purdue University School of Nursing, West Lafayette, Indiana; <sup>§</sup>Center on Aging and Division of Geriatrics, University of Connecticut Health Center, Farmington, Connecticut; and <sup>||</sup>Section of Geriatric Medicine, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio.

This work was supported by grants from the National Institute on Aging (AG10418; AG00412) and the John Hartford Foundation (97299, 2000–0218). Dr. Chuang was supported by the VA National Quality Scholars Fellowship program. Dr. Covinsky was supported in part by an independent investigator award (K02HS00006-01) from the Agency for Healthcare Research and Quality and a Paul Beeson Faculty Scholarship in Aging Research from the American Federation for Aging Research.

An abstract of this study was presented at the annual meetings of the Society of General Internal Medicine in Atlanta, Georgia, May 3, 2002, and the American Geriatrics Society in Washington, DC, May 10, 2002.

Address correspondence to Kenneth Chuang, MD, Division of Geriatrics, VA Medical Center, 4150 Clement St, 181G, San Francisco, CA 94121. E-mail: kchuang@medicine.ucsf.edu

Medicare's Prospective Payment System (PPS) is designed to pay hospitals fairly and to provide similar financial incentives for admitting different types of patients so that no group of patients is systematically a financial winner or loser for the hospital.<sup>1–5</sup> To accomplish this, Medicare bases its payments on the diagnosis-related group (DRG), which is based on patients' discharge diagnosis.<sup>4</sup> Although there has been concern that the DRG system may systematically undercompensate hospitals for treating frail elderly,<sup>2</sup> a study finding that DRG-adjusted charges did not differ between groups of patients defined by age, nursing home residence, previous hospitalization, income, and disability before age 65 lessened this concern.<sup>3</sup> However, this and most previous studies used administrative data, measured hospital charges rather than costs, and did not focus on clinically relevant patient characteristics that are available at the time of admission.<sup>1,5–9</sup>

Functional status is particularly important in Medicare beneficiaries.<sup>10</sup> Lower functional status, the hallmark of frailty, is common in older adults and is associated with poor health outcomes, including hospital readmission, nursing home admission, and death.<sup>11–13</sup> It is likely that lower functional status could be associated with higher hospital costs due to increased resource use, nursing time, and longer hospitalizations. Furthermore, functional status is easily measured and in many hospitals is routinely assessed by a nurse on admission. However, functional

status on admission to the hospital is not taken into account by the PPS and is not available in administrative data. The authors hypothesized that functional status at admission predicts hospital costs in older adults and could be used to identify financial winners and losers. It was reasoned that, if hospital costs were higher in patients with worse functional status after DRG adjustment, this evidence would support considering incorporation of functional status measures into the PPS.

## METHODS

Patients were enrolled in a trial of an intervention to improve functional outcomes in hospitalized older adults at the University Hospitals of Cleveland, a teaching hospital, from 1993 to 1997. Patients transferred from other units or outside facilities and hospitals were excluded from the study. Patients admitted to intensive care units, subspecialty services, or with lengths of stay fewer than 2 days were not eligible. One thousand six hundred thirty-two patients aged 70 and older were randomly selected from among those admitted to a general medical service and enrolled in the study. Twenty patients were excluded from the analysis because data were missing for hospital cost ( $n = 5$ ) or for activities of daily living (ADLs) at admission ( $n = 15$ ), resulting in an analytic sample of 1,612 patients. Because the trial found that the intervention did not have a measurable effect on performing basic or instrumental ADLs, the intervention and control groups were analyzed together in this and earlier studies.<sup>14,15</sup>

## MEASURES

### Hospital Costs

The dependent variable was hospital cost, which was determined using the hospital's cost management information system, a proprietary cost accounting system that assigns direct costs based on each individual's use of resources and indirect costs according to the step-down method.<sup>16–18</sup> Hospital administration used this accounting system to inform management decisions. Direct costs are defined as those directly associated with care and would, for example, include the cost of nursing time, drugs, and x-ray film. Indirect costs are defined as those not directly associated with patient care and would include, for example, the costs of maintenance, housekeeping, and administration. The step-down method assigns costs from indirect cost centers to direct cost centers. For example, the costs for housekeeping would be totaled and then divided between the departments that were closely associated with care (e.g., nursing, pharmacy, and radiology) according to their relative usage. Direct and indirect costs were added to yield total hospital costs.

### Functional Status

At admission, patients were asked whether they could perform each of five ADLs (bathing, dressing, eating, toileting, and transferring from a bed to a chair<sup>19</sup>) without the assistance of another person at two points in time: 2 weeks before admission and on admission. Continence was not included because it is not reported as reliably as the other self-care activities.<sup>20</sup> When patients could not be

interviewed at admission, information about function on admission was obtained from the primary nurse, and information about function 2 weeks before admission was obtained from a caregiver within 48 hours of admission.

### DRG Weight

The DRG weight for each patient was obtained from hospital databases.

The Centers for Medicare and Medicaid Services determines DRG weights based on the DRG, which is based on the patient's primary discharge diagnosis, comorbidities, and procedures. Medicare's payment to a hospital for a patient in a specific DRG is the product of the DRG weight and the hospital base payment. Base payment is a proprietary rate set regularly for each hospital based on factors such as local labor costs and the cost of medical education.<sup>4,21</sup> Some representative DRGs (and DRG weights) include urinary tract infection (0.932), heart failure (1.0302), and stroke (1.1956).

### Additional Variables

Trained chart abstracters obtained information on patient demographic characteristics, including age, race, and sex, as well as clinical information for the Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II index<sup>22</sup> (a measure of the acute severity of illness) and for the Charlson Comorbidity Index<sup>23</sup> (a measure of the burden of chronic illness). Abstracters also obtained information on where the patient was living before admission to the hospital and length of hospital stay.

### Data Analysis

All analyses examining differences in costs between dependent and independent patients used the natural log of cost as the dependent variable, because hospital costs are highly skewed.<sup>24</sup> Patients were classified as independent if they could perform all five ADLs without the assistance of another person or dependent if they required the assistance of another person to perform one or more ADLs. This dichotomous designation defines two groups of patients that are clinically distinct and have different clinical outcomes.<sup>25,26</sup>

Differences between dependent and independent patients in baseline characteristics, unadjusted costs, and adjusted costs were examined. To assess differences in patient characteristics, *t* tests for continuous variables, chi-square tests for categorical nominal variables, and chi-square tests for trend for categorical ordinal variables were conducted. To compare unadjusted costs between independent and dependent patients, the *z* score method was used<sup>27</sup> because it does not ignore the skewness of the cost data or require equal variances between groups in the original scale. General linear models were then used to derive adjusted costs that control for DRG weight. Finally, general linear models were used to derive adjusted costs controlling for six additional variables that could affect cost: age, race, sex, APACHE II index, Charlson Comorbidity Index, and whether a patient was admitted from a nursing home. These adjusted costs were compared using the *z* score method. A two-sided significance level of  $P < .05$  was used for all comparisons.

Finally, to determine whether the association between dependence in ADL and hospital costs was attributable totally to length of stay, a general linear model was constructed that included dependence in ADLs and length of stay. Length of hospital stay was not included in the main analysis, which was restricted to independent variables known on admission and to DRG weight.

Several supplemental analyses were conducted to determine the robustness of the main results. First, because there is no agreement regarding which method of analysis for cost data is best,<sup>27</sup> the above analyses were repeated to confirm the validity of the conclusions with three alternative dependent variables, untransformed costs, costs divided by DRG weight (adjusted costs),<sup>28</sup> and log of adjusted costs.<sup>7</sup> Second, analyses were repeated using methods that excluded patients who were cost outliers (dropping the most expensive 1%, 2%, 5%, and 10% of patients from the analysis), using parametric and nonparametric methods including the rank-sum test,<sup>27</sup> and using a general linear model with total hospital costs as the primary outcome, specifying a gamma distribution and deriving standard errors through bootstrapping.

Finally, general linear models were constructed that controlled for the intervention to improve functional outcomes and that included ADL function in a six-point ordinal scale rather than as a dichotomous variable.

## RESULTS

The mean age of the 1,612 patients was 81; 67% were women, and 12% were admitted from a nursing home. Dependence in one or more ADLs was present in 46% of patients 2 weeks before admission and in 64% of patients at

admission. The unadjusted mean cost of hospitalization was \$4,840 (interquartile range, \$2,900–7,270).

Patients who were dependent in one or more ADLs at admission differed from patients who were independent at admission in many characteristics (Table 1). Dependent patients were older; more often female, black, or admitted from a nursing home; and had higher APACHE II and Charlson Comorbidity scores.

Mean hospital costs for patients dependent in ADLs on admission were 31% higher than for patients independent in ADLs on admission (\$5,300 vs \$4,060,  $P < .01$ ; Figure 1), and mean length of stay was 35% longer (7.7 vs 5.7 days,  $P < .01$ ). The two groups did not differ in mean DRG weight (1.21 vs 1.12,  $P = .09$ ). In each quartile of patients classified by DRG weight, patients dependent in ADLs had higher hospital costs than did patients independent in ADLs (range 23–34%; Figure 1).

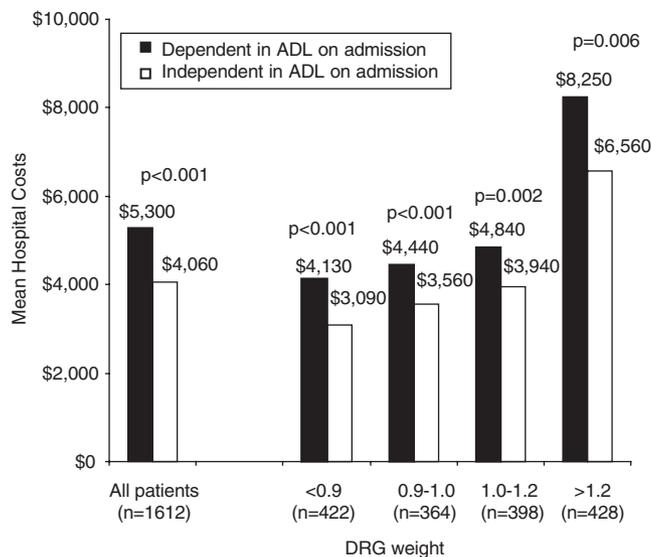
Mean hospital costs remained higher in patients dependent in ADLs than in patients independent in ADLs in an analysis that adjusted for DRG weight (\$5,240 vs \$4,140,  $P < .01$ ) and in multivariate analyses adjusting for age, race, sex, Charlson Comorbidity score, APACHE II score, and admission from a nursing home as well as for DRG weight (\$5,200 vs \$4,220,  $P < .01$ ).

The general linear model of the relationship between hospital costs and eight patient characteristics demonstrated that DRG weight, APACHE II score, and functional status were significant predictors of costs (Table 2). The standardized regression coefficients indicated that DRG weight had the largest contribution to predicting costs. The unstandardized regression coefficient for functional status indicates that patients dependent in ADLs on admission cost 23% (95% confidence interval (CI) = 15–32%) more than patients independent in ADLs on admission.

**Table 1 Patient Characteristics According to Activity of Daily Living (ADL) Function on Admission to Hospital**

Characteristic	ADL Function on Admission		P-value
	Dependent (n = 1,036)	Independent (n = 576)	
Age, mean $\pm$ SD	81.6 $\pm$ 7.6	78.8 $\pm$ 6.7	< .001
Women, %	71	60	< .001
Race, %			
White	57	65	.001
Black	42	34	.001
Other	1	1	.667
Admission from nursing home, %	18	1	< .001
APACHE II score, mean $\pm$ SD	12.7 $\pm$ 4.9	10.4 $\pm$ 3.4	< .001
Charlson Comorbidity score, mean $\pm$ SD	2.0 $\pm$ 1.7	1.5 $\pm$ 1.7	< .001
Chief reason for admission, %			
Acute dyspnea or other pulmonary problem	19.9	23.4	.010
GI bleeding or other GI problem	15.0	27.9	< .001
Congestive heart failure or other cardiac problem	13.3	15.6	.198
Fever, pneumonia, or other infection	14.7	9.9	.006
Change in mental status or neurologic abnormality	12.9	5.7	< .001
Dehydration or other metabolic problem	12.1	5.9	< .001
Failure to thrive or other problem	12.1	11.6	.846

SD = standard deviation; GI = gastrointestinal; APACHE = Acute Physiology and Chronic Health.



**Figure 1.** Hospital costs according to activity of daily living (ADL) function on admission, in all patients and in each quartile of patients determined by diagnosis-related group (DRG) weight.

### Additional Analyses

To determine whether the effect of function in ADLs on hospital costs was independent of length of stay, a model including length of stay and function in ADLs as independent variables was constructed. Functional status remained significant ( $P=.007$ ), and the unstandardized coefficient decreased from 0.2069 to 0.0605, indicating that, even taking into account length of stay, patients dependent in ADLs on admission cost 6% more than patients independent in ADLs on admission.

Additional analyses indicated the robustness of the main finding. The mean hospital costs of patients dependent in ADLs on admission were higher than for patients independent in ADLs on admission in analyses of different transformations of costs (actual total costs and costs per DRG weight unit), in analyses excluding high cost outliers, in a model using a nonparametric gamma distribution and bootstrapping, and in an analysis adjusting for the study

intervention. Mean hospital costs were also associated with the number of dependent ADLs in an analysis using the number of dependent ADLs instead of the dichotomous categorization (dependent vs independent).

### DISCUSSION

The major findings of this study are that hospital costs were higher in older medical patients dependent in ADLs on admission than in older patients independent in ADLs; DRG-based reimbursement did not account for this difference in costs. In older medical patients dependent in ADLs on admission, not only were hospital costs higher than in independent patients, they were higher in each subgroup classified by DRG weight and in a multivariate analysis controlling for DRG weight. Although dependent and independent patients differed in age, race, sex, APACHE II score, Charlson Comorbidity score, and whether a patient was admitted from a nursing home, these differences in patient characteristics did not explain the difference between dependent and independent patients in hospital costs.

From a clinical standpoint, it is not surprising that functionally dependent patients cost more. Patients who are functionally dependent may require more nursing time, use more ancillary resources and services, and stay in the hospital longer.<sup>29</sup> In fact, it was found that the length of stay was about 2 days longer in patients dependent in ADLs and that this longer length of stay accounted for three-fourths of the effect of dependence in ADLs on hospital costs. Thus, patients dependent in ADLs cost more than patients independent in ADLs with similar DRG weights in part because their length of stay is longer and in part because they use more resources each hospital day. The current study did not identify the particular resources accounting for the differences in hospital costs between dependent and independent patients.

Because the Medicare PPS does not account for the cost differences found, even small differences in the proportion of patients dependent in ADLs could result in financially significant differences in hospital costs and profits. The cost per patient and the hospital's net revenue are directly proportional to the proportion of patients dependent in

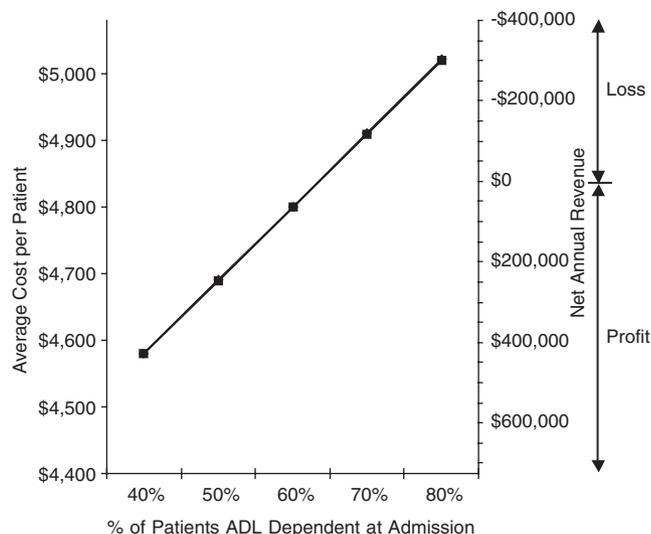
**Table 2.** Coefficients from a General Linear Model of Possible Predictors of Costs

Independent Variable	Standardized Regression Coefficient*	Unstandardized Regression Coefficient†	P-value
Diagnosis-related group weight	0.4454	0.3235	<.001
APACHE II score	0.1589	0.0254	<.001
Functional status	0.1381	0.2069	<.001
Admission from nursing home	-0.0320	-0.0705	.171
Charlson Comorbidity score	-0.0257	-0.0108	.251
Men	0.0198	0.0302	.373
Age	-0.0088	-0.0055	.698
Black	-0.0037	-0.0055	.867

Note: The adjusted  $R^2$  for the model is 0.26.

\* Derived by transforming variables to have a mean of 0 and a standard deviation of 1.

† Indicates the change in cost for each unit change in the independent variable, according to the formula  $e^b - 1$ , where  $b$  is the unstandardized regression coefficient. APACHE = Acute Physiology and Chronic Health.



**Figure 2.** Estimates of average cost per patient and net annual loss for a hospital with 2,500 annual Medicare discharges, according to the proportion of patients dependent in activities of daily living (ADLs) on admission. The net annual revenue for the hospital is calculated assuming a base payment of \$4,100 and 2,500 discharges of Medicare beneficiaries from the general medical service. In this case, the net annual revenue is negative, representing a loss, when 65% or more patients are dependent in ADL on admission.

ADLs on admission (Figure 2). For example, in a hospital with 100 medical beds and 2,500 Medicare discharges per year, the same DRG case-mix as the one studied, and a base payment of \$4,100, net annual revenue would fall from a profit of \$245,375 to a loss of \$119,675 if the proportion of Medicare patients dependent in ADLs on admission (called the functional case-mix) rose from 50% to 70%. Although this analysis does not take into account the fact that the marginal cost may differ from the average cost, it does indicate the likely effects of differences in the 'functional case-mix.'

### Comparison with Past Studies

Previous studies have produced conflicting results about the fairness of the DRG-based PPS. One study found that DRG-based payments in 1983 were substantially equitable with regard to patient characteristics available in administrative databases, including nursing home residence, previous hospitalization, Medicaid eligibility, age, and Medicare eligibility due to chronic disability or end-stage renal disease.<sup>3</sup> In contrast, other studies found evidence that DRG-based payments were lower than costs for surgical hospitalizations and for older patients, especially inpatients aged 85 and older.<sup>4,7,8</sup> The relationship between patient functional status and hospital costs, which was examined in this study, has not been previously examined.

### Methodological Considerations

Hospital costs were measured directly using an established accounting methodology. Past studies have not used patient-specific hospital costs, directly examined patient-specific charges,<sup>3,7</sup> or estimated costs using cost-to-charge

ratios.<sup>8</sup> Nonetheless, the relationships observed between hospital costs and age, sex, race, and admission from a nursing home were similar to those found in 1983 in a 5% sample of Medicare beneficiaries.<sup>3</sup> Although several important risk factors were adjusted for, some of the measures, such as the APACHE II index<sup>22</sup> and the Charlson Comorbidity Index,<sup>23</sup> were developed in other settings and therefore may not be ideal adjustors for clinical characteristics in this population.

These findings are based on medical patients in a single academic medical center and should be confirmed in other hospitals. It is unknown whether the findings apply to surgical patients or patients admitted to intensive care units. To determine the relationship between cost and functional status in specific DRGs, larger samples of patients or samples restricted to a small number of DRGs will be required.

### Implications

These findings suggest that there are incentives for hospitals to discriminate against patients with lower functional status. If the finding of a direct association between dependence in ADLs and hospital costs holds in other hospitals, decreasing the number of patients dependent in ADLs admitted (e.g., by directing admissions from nursing homes or assisted living facilities to other hospitals) or rationing resources to ADL-dependent patients during their hospital stays would improve the financial position of the hospitals. Moreover, hospitals with different functional case mixes may not be paid fairly, and this situation would adversely affect the hospital treating more patients dependent in ADLs.

Given compelling evidence that hospitals respond to financial incentives, both appropriately and inappropriately,<sup>16,30</sup> it is important that inequities related to functional case-mix be addressed. Future work should include confirmation of these findings in other settings, studies showing the scope and magnitude of this problem, and multiinstitutional demonstration projects to assess practical solutions for addressing these financial inequities.

### ACKNOWLEDGMENTS

We thank the participants of the works in progress session within the Division of Geriatrics for their helpful comments on earlier drafts of this paper.

### REFERENCES

1. Edwards N, Honemann D, Burley D et al. Refinement of the Medicare diagnosis-related groups to incorporate a measure of severity. *Health Care Financ Rev* 1994;16:45-64.
2. Berenson RA, Pawlson LG. The Medicare Prospective Payment System and the care of the frail elderly. *J Am Geriatr Soc* 1984;32:843-848.
3. Jencks SF, Kay T. Do frail, disabled, poor, and very old Medicare beneficiaries have higher hospital charges? *JAMA* 1987;257:198-202.
4. Gianfrancesco FD. The fairness of the PPS reimbursement methodology. *Health Serv Res* 1990;25:1-23.
5. Vladeck BC. Medicare hospital payment by diagnosis-related groups. *Ann Intern Med* 1984;100:576-591.
6. Folland S, Kleiman R. The effect of prospective payment under DRGs on the market value of hospitals. *Q Rev Econ Bus* 1990;30:50-68.

7. Rosenthal GE, Landefeld CS. Do older Medicare patients cost hospitals more? Evidence from an academic medical center. *Arch Intern Med* 1993;153:89-96.
8. Munoz E, Rosner F, Chalfin D et al. Age, resource consumption, and outcome for medical patients at an academic medical center. *Arch Intern Med* 1989;149:1946-1950.
9. Iezzoni LI, Ayanian JZ, Bates DW et al. Paying more fairly for Medicare capitated care. *N Engl J Med* 1998;339:1933-1938.
10. Verbrugge L. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *Milbank Mem Fund Q* 1984;62:475-519.
11. Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-223.
12. Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM et al. Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54A:M521-M526.
13. Davis RB, Iezzoni LI, Phillips RS et al. Predicting in-hospital mortality. The importance of functional status information. *Med Care* 1995;33:906-921.
14. Covinsky KE, Palmer RM, Counsell SR et al. Functional status before hospitalization in acutely ill older adults. Validity and clinical importance of retrospective reports. *J Am Geriatr Soc* 2000;48:164-169.
15. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA* 2001;285:2987-2994.
16. Zwanziger J, Melnick GA, Mann J et al. How hospitals practice cost containment with selective contracting and the Medicare Prospective Payment System. *Med Care* 1994;32:1153-1162.
17. Finkler SA. The distinction between cost and charges. *Ann Intern Med* 1982;96:102-109.
18. Covinsky KE, King JT Jr, Quinn LM et al. Do acute care for elders units increase hospital costs? A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:729-734.
19. Katz S, Ford A, Moskowitz R et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963;185:914-919.
20. Weinberger M, Samsa GP, Schmader K et al. Comparing proxy and patients' perceptions of patients' functional status: Results from an outpatient geriatric clinic. *J Am Geriatr Soc* 1992;40:585-588.
21. Keeler EB. What proportion of hospital cost differences is justifiable? *J Health Econ* 1990;9:359-365.
22. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP et al. APACHE II. A severity of disease classification system. *Crit Care Med* 1985;130:818-829.
23. Charlson ME, Pompei P, Alessi KL et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-383.
24. Tu W, Zhou XH. A Wald test comparing medical costs based on log-normal distributions with zero valued costs. *Stat Med* 1999;18:2749-2761.
25. Covinsky KE, Justice AC, Rosenthal GE et al. Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders. The importance of functional status. *J Gen Intern Med* 1997;12:203-208.
26. Mor V, Wilcox V, Rakowski W et al. Functional transitions among the elderly. Patterns, predictors, and related hospital use. *Am J Public Health* 1994;84:1274-1280.
27. Zhou XH, Melfi CA, Hui SL. Methods for comparison of cost data. *Ann Intern Med* 1997;127:752-756.
28. Munoz E, Mulloy K, Goldstein J et al. Physicians' patient load per DRG, the consumption of hospital resources, and the incentives of the DRG prospective payment system. *Acad Med* 1990;65:533-538.
29. Holahan J, Dubay LC, Kenney G et al. Should Medicare compensate hospitals for administratively necessary days? *Milbank Q* 1989;67:137-167.
30. Hsia DC, Krushat WM, Fagan AB et al. Accuracy of diagnostic coding for Medicare patients under the prospective-payment system. *N Engl J Med* 1988;318:352-355.

---

# Abgrenzungskriterien der Geriatrie

Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.,  
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und  
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

## ENTWURFSVERSION V1.2

Basierend auf den Ergebnissen der  
Essener Konsensus-Konferenz vom 15.01.2003 in Essen  
und der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover

M. Borchelt  
G. Kolb  
N. Lübke  
D. Lüttje  
A.-K. Meyer  
T. Nikolaus  
L. Pientka  
W. von Renteln-Kruse  
A. Schramm  
N.-R. Siegel  
E. Steinhagen-Thiessen  
W. Vogel  
J. Wehmeyer  
N. Wrobel

Red.: M. Borchelt\*, L. Pientka, N. Wrobel

Stand: 14.10.2003 (Red.: 08.02.2004)

---

\* Korrespondenzadresse: Dr. med. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, <mailto:markus.borchelt@charite.de>

## Vorbemerkung zur Version 1.0 (Februar 2003)

Die gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) legt mit diesem Arbeitspapier die 1. Entwurfsversion der "Abgrenzungskriterien der Geriatrie" vor, und lädt insbesondere alle Fachkollegen ein, an der weiteren Verbesserung, Präzisierung und Ausgestaltung mitzuwirken.

Der in dieser Entwurfsversion erstmalig mit operationalisierbaren Kriterien formulierte Lösungsansatz bezieht sich auf eine langjährige Aufgaben- und Problemstellung in der Geriatrie – nämlich die der fachinternen (begrifflichen, inhaltlichen) Abgrenzung geriatrischer Leistungsbereiche untereinander und zugleich gegenüber unmittelbar angrenzenden Leistungsbereichen anderer Fachgebiete. Der Lösungsansatz integriert und erweitert teils wissenschaftlich, teils pragmatisch begründete Kriterien, um das gesamte Spektrum der geriatrischen Versorgungsbereiche in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Ausgangspunkt waren Vorarbeiten zur Frührehabilitation von Stucki et al. ("Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus", Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 134-145) sowie Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (Leistner et al., Begutachtungshilfe "Geriatrische Rehabilitation", 12/2002).

Die Teilnehmer der Essener Konsensus-Konferenz hatten sich zwei vorrangige Aufgaben gestellt : (i) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung des geriatrischen Patienten, sowie (ii) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung der Zuordnung geriatrischer Behandlungsformen zu bestimmten geriatrischen Patientengruppen sowie ihrer Abgrenzung gegenüber den angrenzenden Rehabilitations- und Akutbereichen. Die Ergebnisse der Konsensus-Konferenz werden in Übersicht 1 zusammengefasst und in den Abschnitten A-C beschrieben.

Aufsetzend auf diesen konsentierten Kriterien wurde damit begonnen, die Kriterien – insbesondere die zur Beschreibung der geriatrietypischen Multimorbidität – mit entsprechenden Kodierungen aus der ICD-10-SGB V, Version 2.0, zu hinterlegen. Die Zuordnungen erheben dabei noch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit oder Korrektheit. Bei einigen Zuordnungen wird es im weiteren Verlauf auch noch darauf ankommen, ob Änderungsvorschläge zur ICD bzw. zu den DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) erfolgreich in das Anpassungsverfahren eingebracht werden können (z.B. für "Stürze", R29.81), damit die hier vorgeschlagenen Kodierungen auch vollständig konform sind mit den offiziell gültigen Kodierrichtlinien.

Insofern ist die Entwurfsversion der Abgrenzungskriterien für Prüfzwecke grundsätzlich ungeeignet. Sie soll und muss zunächst dem Fach als Diskussionsgrundlage dienen und benötigt sicher auch noch ergänzenden Fach- und Sachverstand zur weiteren Anpassung, Verbesserung und Konkretisierung. Andererseits werden im Zuge der DRG-Einführung jedoch Abgrenzungskriterien dringend benötigt, um die den Forderungen des Faches gegenüberstehenden Anforderungen erfüllen zu können. Auf der Grundlage dieser Entwurfsversion werden im nächsten Schritt (i) die Optionen und Perspektiven zur Abbildung des Faches im DRG-System diskutiert werden, und (ii) die resultierenden fachspezifischen Vorschläge zur Anpassung des DRG-Systems an deutsche Versorgungsverhältnisse erarbeitet.

Jede konstruktive Kritik ist willkommen – umso mehr, je kurzfristiger diese die Autoren erreicht.

## Kommentare und Hinweise zur Version 1.1 (Mai 2003)

Aus Sicht der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern und Baden-Württemberg wurde darauf hingewiesen, dass die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit (vgl. B-6) möglicherweise zu eng gefasst seien, sodass bei strikter Auslegung durchaus Gefahr bestehe, dass eine größere Zahl rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten vielfach nicht (mehr) die notwendige und indizierte geriatrische Rehabilitationsbehandlung erhalte. In diesem Zusammenhang wurde spezifisch zum Einschlusskriterium B-6.ii (Version 1.0: "Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen keiner Krankenhausbehandlung mehr") darauf hingewiesen, dass aufgrund der Begleiterkrankungen und Komplikationen bzw. Komplikationsrisiken der behandelten Patienten auch in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich die Notwendigkeit einer dauernden, 24-stündigen medizinisch-pflegerischen Behandlung oder Überwachung bestehe.

Eine Anpassung der Definition der Rehabilitationsfähigkeit (B-6), die diese grundsätzlich berechtigten Hinweise reflektieren würde, konnte trotz eingehender Prüfung nicht erfolgen, und zwar aus folgenden Gründen:

solange Krankenhausbehandlungsbedarf besteht, hat ein Versicherter grundsätzlich Anspruch auf Behandlung im Krankenhaus – nichts anderes kommt zunächst in Satz B-6.ii bezogen auf geriatrische Patienten zum Ausdruck;

die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus umfasst dabei auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V);

ein gleichzeitiger Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen und einer 24-stündigen ärztlichen Präsenz deutet darauf hin, dass die überwiegende Zahl der behandelten Patienten die Kriterien der geriatrischen Frührehabilitation erfüllt, woraus grundsätzlich zunächst ein Krankenhausbehandlungsbedarf abzuleiten wäre – selbstverständlich im Sinne einer Krankenhausbehandlung, die dem besonderen akutmedizinischen und frührehabilitativen Behandlungsbedarf von geriatrischen Patienten auch gerecht wird;

landesspezifische Regelungen, die Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation bislang nicht im Leistungsverzeichnis der Krankenhäuser des Landes aufführen (vgl. § 39 Abs. 3 SGB V) und es stattdessen erlauben oder vorschreiben, dass geriatrische Frührehabilitation an Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchzuführen sei, müssen demnach zugleich gewährleisten,

- (i) dass die hierfür zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen über eine entsprechende akutmedizinische Infrastruktur mit ärztlichem Bereitschaftsdienst verfügen,
- (ii) dass die im Vergleich zur indikationsspezifischen Rehabilitation deutlich komplexere Leistung der indikationsübergreifenden geriatrischen Frührehabilitation sachgerecht und länderübergreifend vergleichbar (gem. § 39 Abs. 3 SGB V) vergütet wird, und
- (iii) dass der im Grundsatz auf § 39 Abs. 1 SGB V beruhende Anspruch der Versicherten auf Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation auch in diesem Sinne erfüllt wird, selbst wenn die Leistung nicht von einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) erbracht wird.

Die Definitionen der Abgrenzungskriterien der Geriatrie ergeben sich aus fachlich-inhaltlichen Überlegungen, sie sollten und konnten sich nicht primär an den vorhandenen Strukturen orientieren, gerade weil diese zwischen den Bundesländern erheblich variieren. Die Anwendung der Kriterien muss jedoch sehr wohl die landesspezifisch definierten Geriatriepläne mit den daraus resultierenden und vielfach nachweislich effektiven und effizienten Strukturen berücksichtigen. Nichts anderes kommt in Satz C-2 (institutionelle Zuordnungen) zum Ausdruck.

Die inhaltlich abgrenzbare geriatrische Frührehabilitation erfolgt auf Basis von § 39 SGB V an Krankenhäusern. Die inhaltlich ebenso abgrenzbare geriatrische Rehabilitation erfolgt auf Basis von § 40 SGB V an Rehabilitationseinrichtungen. Bundesländer ohne etablierte geriatrische Frührehabilitation an Krankenhäusern sowie Bundesländer ohne etablierte geriatrische Rehabilitationsstrukturen benötigen entweder verbindliche ordnungspolitische Regelungen zur leistungsrechtlich tragfähigen Umsetzung ihres jeweiligen Geriatrieplans, oder aber einen neuen Geriatrieplan, der den beiden leistungsrechtlich abgrenzbaren Ansprüchen der Versicherten auch strukturell gerecht wird.

## Beispielfälle (Oktober 2003)

Es ist zu berücksichtigen, dass die hier definierten Abgrenzungskriterien kein Phasenmodell implizieren. Es ist nicht der Regelfall, dass ein geriatrischer Patient zunächst zur Akutbehandlung aufgenommen wird, dann Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation erhält, um schließlich in die geriatrische Rehabilitation weiterverlegt zu werden. Typischere Verläufe sind beispielhaft eher die folgenden:

- (i) Eine 95jährige Heimbewohnerin wird mit schwerem Verwirrheitszustand akutgeriatrisch aufgenommen; ursächlich werden eine Pneumonie und Exsikkose festgestellt, die Patientin erhält eine Infusions- und Antibiotikatherapie und kann nach kurzer Zeit wieder entlassen werden.
- (ii) Ein schwer betroffener 64jähriger Schlaganfallpatient mit ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität (Harninkontinenz, Sturzneigung, kognitive Defizite) wird von der Stroke Unit aufgenommen und vom ersten Tag an intensiv frührehabilitativ behandelt; nach bis zuletzt kompliziertem Verlauf mit rezidivierenden Aspirationspneumonien, Harnwegsinfekten, Stürzen etc. kann der Patient nach erfolgreicher geriatrischer Rehabilitation nach Hause zur Ehefrau entlassen werden.
- (iii) Eine 75jährige Sturzpatientin wird nach unkomplizierter operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur bei Zustand nach Sturz auf Glatteis direkt von der Traumatologie zur geriatrischen Rehabilitation verlegt; die Patientin erhält bei ausgeprägter Sturzangst ein geriatrisches Assessment, Neuropsychologie, Physio- und Ergotherapie mit Gangschule und ADL-Training, sowie eine Hilfsmittelversorgung und wird nach erfolgreicher geriatrischer Rehabilitation nach Hause entlassen.
- (iv) Ein 85jähriger, alleinstehender, bislang selbständiger Patient mit rezidivierenden Stürzen wird nach osteosynthetischer Versorgung einer Humerusfraktur bei postoperativem Durchgangssyndrom in die Geriatrie verlegt; das Basisassessment ergibt den Verdacht auf eine leicht- bis mittelgradige Demenz, der sich in der weiterführenden Diagnostik einschließlich CCT und Fremdanamnese erhärtet; der Patient wird auf ein Antidementivum eingestellt und erhält Physio-, Ergo- und neuropsychologische Therapie mit insgesamt mäßigem Erfolg; im Verlauf treten rezidivierend insbesondere nachts delirante Zustände auf; begleitendes aggressives Verhalten macht eine vorübergehende neuroleptische Therapie erforderlich; es wird ein Betreuungsverfahren eingeleitet und ein Heimplatz organisiert; nach Stabilisierung der Begleitsymptome kann der Patient schließlich in ein Pflegeheim entlassen werden.

Gemäß nachstehenden Abgrenzungskriterien entspricht (i) der Geriatrischen Akutbehandlung, (ii) und (iv) sind Beispiele der Geriatrischen Frührehabilitation und (iii) ist ein Beispiel der Geriatrischen Rehabilitation (voraussetzend, dass alle nicht explizit erwähnten Kriterien jeweils erfüllt sind).

## Übersicht 1: Geriatrie - Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen

Kriterien:	DISZIPLINEN				
	angrenzende Akut-Disziplinen	Geriatrie		angrenzende Reha-Disziplinen	
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. mit geriatritypischer Multimorbidität <sup>Tab. 1</sup> , überwiegend 70 Jahre alt oder älter		Nicht-geriatrisch	
Rehabedürftigkeit	(noch) nicht rehabedürftig	(noch) nicht rehabedürftig <sup>B-3</sup>	Rehabedürftig <sup>B-3</sup>	rehabedürftig	
Indikation	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-)rehabfähig <sup>B-7</sup>	Bedingt rehabfähig oder rehabfähig mit unsicherer Prognose <sup>B-5, B-6</sup> frührehabfähig <sup>B-6</sup>	indikationsübergreifend rehabfähig <sup>B-8</sup> mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	indikationsspezifisch rehabfähig im engeren Sinne mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung
Art der Behandlung	Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie	„Akutgeriatrie“		Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung	
		Geriatrische Akutbehandlung	Geriatrische Frührehabilitation „Rehageriatrie“		Geriatrische Rehabilitation

Tab.-1: s. Seite 6

B-3: s. Seite 7

B-6: s. Seite 8

B-7: s. Seite 8

B-8: s. Seite 8

## Übersicht 2: Geriatritypische Hauptdiagnosen

Die folgende Übersicht stellt keine abschließende Aufzählung dar. Sie gilt vor allem für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, die sowohl mit der angrenzenden, vorwiegend organmedizinischen geriatrischen Akutbehandlung als auch mit der angrenzenden geriatrischen Rehabilitation eine deutliche Schnittmenge hinsichtlich der Hauptdiagnosen aufweist, jedoch ohne dass sich die drei Gruppen hinsichtlich ihrer Hauptdiagnoseprofile vollständig überlappen. Gemeinsam ist allen drei Bereichen jedoch die – zur Hauptdiagnose meist hinzutretende – geriatritypische Multimorbidität (s. Tab. 1).

Hauptdiagnosen	ICD-10 v2.0	2. ICD (ND)
Akuter Schlaganfall und andere akute cerebrovaskuläre Erkrankungen	I60-I69	
Hüftgelenksnahe Fraktur mit Z.n. chir. Versorgung	S72.-	Z96.6
Arterielle Verschlusskrankheit mit Z.n. Amputation o.a. OP	I70.-	Z89.-, Z95.-
Cox- und Gonarthrose mit Z.n. Implantation einer Endoprothese	M16.-, M17.-	Z96.6
Dekompensierte Herzinsuffizienz	I50.-	
Exazerbierte chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	J44.0, J44.1	
Pneumonie und andere Infektionen der Atemwege	J10-J22	
Andere Frakturen und Verletzungen	S00-T98	
Andere Arthropathien	M00-M25	
Spondylopathien u. Diskopathien, ggf. mit Z.n. Laminektomie	M45-M51	Z48.8, G97.8
KHK und andere Herzkrankheiten mit Z.n. herzchirurgischem Eingriff	I05-I09; I20-I25	Z95.-, I97.0
Delir und andere hirnorganische Psychosen	F00-F05	
Andere Infektionen	A00-B99	
Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung*	T80-T88	
Spezifische Komplikationen nach chir. Eingriffen und med. Behandlung*	s. Tab. 2-4	s. Tab. 5

\* Bei durchgehender Behandlung im selben Krankenhaus kann die Komplikation einer durchgeführten Maßnahme niemals zur Hauptdiagnose des gesamten Behandlungsfalls werden. Erfolgt aufgrund der Komplikation die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, dann kann insbesondere die spezifische Verschlüsselung (letzte Zeile) im übernehmenden Krankenhaus durchaus zur Hauptdiagnose werden (Veranlassungsprinzip, DKR D002b).

\*\* [Angaben zur Kodierung beziehen sich auf die ICD-10, V2.0; Anm. d. Red.]

**Tab. 1: Definition und Kodierung der geriatrischen Multimorbidität**

<b>Merkmalkomplex</b>	<b>ICD-Kategorien</b>	<b>ICD-10-Codes v2.0</b>
<b>Immobilität</b>	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8
	morbiditäts- und/oder altersbedingt	M62.3-
<b>Sturzneigung und Schwindel</b>	Gangunsicherheit	R26.-
	Ataxie, nicht näher bezeichnet	R27.0
	Stürze	R29.81
	Schwindel und Taumel	R42, H81.-, H82*
<b>Kognitive Defizite</b>	Demenz	F00-F03
	Organisches amnestisches Syndrom	F04
	Delir (organisch bedingt)	F05.-
	Bestimmte andere psychische Störungen, organisch bedingt	F06.-
	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, organisch bedingt	F07.-
	Orientierungsstörung, n.n.bez. (Verwirrtheit o.n.A.)	R41.0
<b>Inkontinenz</b>	Harninkontinenz	R32
	Stressinkontinenz	N39.3
	Drang-, Reflex-, Überlaufinkontinenz	N39.4
	Stuhlinkontinenz	R15
<b>Dekubitalulcera</b>	Dekubitus	L89
	Ulcus cruris (varicosum)	L97, I83.0, I83.2
	Chronisches Ulcus der Haut	L98.4
<b>Fehl- und Mangelernährung</b>	Kachexie	R64
	Alimentärer Marasmus	E41
	Protein-Kalorien-Mangelernährung	E43, E44.-
	Dysphagie	R13
<b>Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt</b>	Dehydratation	E86
	Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	E87.-
	Ödem, anderenorts nicht klassifiziert	R60.-
<b>Depression, Angststörung</b>	Depressive Episode, rez. depressive Störung	F32.-, F33.-
	Manische Episode, bipolare od. anhaltende affektive Störung	F30.-, F31.-, F34.-
	Phobische Störungen, Angststörung	F40.-, F41.-
<b>Chronische Schmerzen</b>	Chronische, nicht lokalisierte Schmerzen	R52.2
	Lokalisierte, organbezogene Schmerzen	Exklusiva zu R52.-
<b>Sensibilitätsstörungen</b>	Neuropathie	R20.-, G50-G64
<b>Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit</b>	"Senilität" (exkl.: senile Psychose), "hohes Alter", Seneszenz ( <b>Frailty</b> )	R54
<b>Starke Seh- oder Hörbehinderung</b>	Visusverlust	H54.-
	Hörverlust	H90.-, H91.-
	Presbyakusis	H91.1
	Presbyopie	H52.4
<b>Medikationsprobleme</b>	Arzneimittelnebenwirkung	Y57.9!
	Akzidentelle Vergiftung	X49.9!
<b>Hohes Komplikationsrisiko</b>	Unmittelbar vorausgegangene OP	Z98.-, Z48.-
	Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen	Z43.-
	(Z. n.) Fraktur	S*2.-
	Komplikation nach med. Maßnahmen	T79-T89
	Dialysepflichtigkeit	Z99.2
	Rekonvaleszenz (verzögert)	Z54

Es müssen mindestens zwei der o.a. Merkmalkomplexe vorliegen (die Diagnoseart – HD/ND – ist irrelevant)

Ein Merkmalkomplex liegt vor, wenn mindestens eine der zugeordneten Kodierungen – unter Zugrundelegung der DKR 2003 und des Kodierleitfadens Geriatrie – ordnungsgemäß verschlüsselt werden kann

Es liegt zugleich ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit vor (z.B. Barthel-Index)

Ein hohes Komplikationsrisiko kann im Einzelfall auch ohne Vorliegen einer der zugeordneten ICD-Codes bestehen.

## A) Versorgungsauftrag der Geriatrie / geriatrische Patienten

1. Die Geriatrie führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch; die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt **zusätzliche Leistungen** vor allem im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapie und im Bereich der Prävention;
2. Die Geriatrie ist spezialisiert auf die Behandlung geriatrischer Patienten (Def. Satz A-3);
3. Ein **geriatrischer Patient** ist definiert durch:
  - I. geriatrietypische Multimorbidität (Tab. 1) und
  - II. höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter).Die geriatrietypische Multimorbidität hat im Sinne des biologischen Alters Vorrang vor dem kalendarischen Alter. Typische Behandlungsindikationen sind in Übersicht 2 zusammengestellt, Fallbeispiele finden sich in der Einleitung.
4. Frührehabilitation ist allgemein indiziert, wenn ein Patient sowohl einen kurativen, akutmedizinischen als auch einen rehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweist;

## B) Geriatrische Behandlungsformen / Zuordnung geriatrischer Patienten

1. Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) mit Krankenhausbehandlungsbedarf erhalten eine **indikationsspezifische, akutgeriatrische Behandlung im Krankenhaus** (indikationsspezifisch in Bezug auf die zumeist internistische bzw. neurologische Hauptdiagnose wie z.B. Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Parkinson-Krise etc.).
2. Rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) erhalten entweder eine **geriatrische Frührehabilitation** oder eine **geriatrische Rehabilitation**.
3. **Rehabilitationsbedürftigkeit** im obigen Sinne (Satz B-2) liegt vor, wenn
  - i. als Folge einer *Schädigung* bei
  - ii. Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden *Fähigkeitsstörungen* oder
  - iii. drohenden oder bereits manifesten *Beeinträchtigungen*
  - iv. über die kurative Versorgung hinaus rehabilitationsmedizinische Maßnahmen erforderlich und voraussichtlich erfolgversprechend sind.
4. Rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-8) mit nachweislichem Rehabilitationsbedarf, positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erhalten eine **geriatrische Rehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-9);

5. Bedingt rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-8) oder solche mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose erhalten eine **geriatrische Frührehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-7);
6. **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund eines der nachstehenden Kriterien noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist:
  - i. Die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer akutmedizinischen, kurativen oder palliativen Behandlung
  - iii. Kreislaufinstabilität oder allgemein herabgesetzte Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Es besteht mindestens eine Krankheitsfolge oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine durchgehend aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würde.
7. **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden **Ausschlusskriterien der geriatrischen Frührehabilitation** erfüllt ist:
  - i. Durchgehend instabile Vitalparameter erlauben keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen
  - ii. Eine andauernd erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen
  - iii. Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben aufgrund ihrer Lokalisation oder aufgrund von Begleitsymptomen keinerlei Durchführung rehabilitativ-therapeutischer Maßnahmen
8. **Rehabilitationsfähigkeit** im obigen Sinne liegt vor, wenn alle nachstehenden Kriterien erfüllt sind:
  - i. Die Vitalparameter sind stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen weder für sich genommen noch aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben eine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Die Akutdiagnostik und –therapie ist abgeschlossen
  - v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt vor

- vi. Es besteht keine Begleiterkrankung oder Komplikation, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert
9. **Rehabilitationsfähigkeit** im obigen Sinne liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:
- i. Die Vitalparameter sind nicht stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Die Akutdiagnostik und –therapie ist noch nicht abgeschlossen
  - v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt nicht vor
  - vi. Es besteht eine Begleiterkrankung oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert
10. In der **geriatrischen Frührehabilitation** werden damit geriatrische Patienten (gem. Def. Satz A-3, s.a. Tab. 1) behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind (gem. Def. Satz B-3), jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig (Kriterien gem. Def. Satz B-8 nicht vollständig erfüllt bzw. mindestens ein Ausschlusskriterium gem. Satz B-9 erfüllt) und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie bereits über rein passive Maßnahmen der frühmobilisierenden Physiotherapie hinaus auch so angewendet werden können, dass die Kriterien des OPS 8-550 erfüllt sind (Definition gem. OPS-301, zit. unter D-1). Eine noch unsichere Rehabilitationsprognose steht einer geriatrischen Frührehabilitation dabei nicht entgegen (gem. Def. Satz B-5).
11. In der **geriatrischen Rehabilitation** werden in Abgrenzung zur indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitation geriatrische Patienten **indikationsübergreifend** behandelt. Eine indikationsspezifische Rehabilitationsfähigkeit besteht für diese Patienten nicht, wohl aber eine indikationsübergreifende, geriatrische Rehabilitationsfähigkeit (gem. Def. Satz B-8 unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien Satz B-9) bei gleichzeitig positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel (gem. Def. Satz B-4).

### C) Institutionelle Zuordnungen

1. Die **indikationsspezifische, akutmedizinische Krankenhausbehandlung** von nicht-rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patienten findet ausschließlich in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie** statt.
2. Die **indikationsübergreifende geriatrische Frührehabilitation** (d.h. multidisziplinäre funktionelle Therapie zusammen mit dauernder bzw. intermittierender akutmedizinischer Diagnostik oder Therapie im Sinne einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung) erfolgt entweder auf Basis von § 39 Abs. 1 SGB V in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie**, die eine entsprechende **rehabilitativ-geriatrische Strukturqualität** (z.B. gemäß Kriterien der BAG) nachweisen können, oder – bei landesspezifisch nach § 39 Abs. 3 SGB V *abweichend* definiertem Verzeichnis der Krankenhausleistungen – in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**, sofern diese die notwendigen personellen und apparativen Voraussetzungen zur Durchführung einer geriatrischen Frührehabilitation erfüllen und hierfür neben dem rehabilitationsmedizinischen (z.B. BAG-Kriterien) auch einen entsprechenden **akutmedizinischen Strukturstandard** nachweisen können.
3. Die **indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation** von rehabilitationsbedürftigen und rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten mit positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erfolgt auf Basis von § 40 SGB V ausschließlich in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**.

### D) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)

Mindestmerkmale: *[kursiv: in Vorbereitung auf das Vorschlagsverfahren 2005; die Red.]*

*Erfordert eine nachgewiesene Indikation gemäß Richtlinien der Fachgesellschaften*

*Rehateam unter fachärztlicher Personal- und Behandlungsleitung (erfordert die Zusatzqualifikation „Klinische Geriatrie“)*

*Erfordert einen nachgewiesenen Mindeststandard der Struktur- und Ergebnisqualitätssicherung gemäß Richtlinien der Fachgesellschaften*

Standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung)

Schriftlicher wöchentlich *aktualisierter* Behandlungsplan mit Teambesprechung

Therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal

Einsatz von mindestens 2 Therapeutengruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie, physikalische Therapie)

Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung; *diese ist gesondert zu dokumentieren und – soweit in den amtlichen und nicht-amtlichen Katalogen bereits hinterlegt – auch zu kodieren*

Exkl.: *Geriatrische Rehabilitation gemäß Richtlinien der Fachgesellschaften*

## **Gewachsene Strukturen, beschleunigter Wandel und divergierende Interessenlagen zur Geriatrie: Anatomie eines scheinbaren Widerspruchs**

Markus Borchelt, Sprecher der DRG-Projektgruppe von BAG, DGG und DGGG

Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG)

Nachstehend soll versucht werden, die folgenden Fragestellungen umfassend zu beantworten:

1. Welchen genaueren Hintergrund hat die Aussage, dass Krankenhäuser durch ihre "Versorgungsverträge" z. T. dazu gezwungen werden, beim Auftreten des OPS-Komplexschlüssels 8-550 zwischen Reha und Akut "umzuschichten"? Das Problem scheint in Niedersachsen und teilweise in NRW aufzutreten. Wer nimmt dementsprechend Einfluss? Die Länder ("Versorgungsauftrag") oder die Kassen? Warum?

2. Ist es nicht ein gewisser Widerspruch, wenn einerseits festgestellt wird, dass die Geriatrien in § 111er Häusern dasselbe machen wie in § 109er Häusern, aber andererseits von Seiten der Fachgesellschaften angestrebt wird, dass die geriatrische Versorgung im Krankenhaus erfolgen soll? Lässt sich dieser mögliche Widerspruch aufheben?

### **Doppelter Wortsinn des Begriffs „Rehabilitation“ –**

"Rehabilitation" im Sinne eines Versorgungsvertrages nach § 111 muss sorgfältig unterschieden werden von "Rehabilitation" im Sinne eines spezifischen Behandlungsbedarfs von Patienten. Da das reale Leistungsgeschehen in 111er-Einrichtungen nicht eindeutig von Krankenhausleistungen abgegrenzt ist, läuft man sonst Gefahr, allein vom Begriff der "Reha-Einrichtung" bereits auf einen bestimmten Bedarf der dort versorgten Patienten rückzuschließen. Zum Beispiel: Wenn man an beatmete Patienten denkt, dann denkt man zugleich immer an den Behandlungskontext einer Intensivstation in einem Krankenhaus. Bislang werden hierzulande aber beatmungspflichtige - also ganz unzweifelhaft krankenhauspflichtige - Patienten durchaus auch auf Basis von § 40 SGB V i.V.m. § 111 SGB V behandelt, d.h. in sog. "Rehabilitationseinrichtungen". Dies beginnt sich erst langsam zu ändern, auch aufgrund der Anstrengungen der frührehabilitativ ausgerichteten Fächer zur genaueren Beschreibung und Abgrenzung ihres Leistungsspektrums (vgl. Stier-Jarmer & Stucki, 2002).

Die Geriatrie in Deutschland hat erst ab Mitte der 1980er Jahre begonnen, sich fachlich weiterzuentwickeln und sich dem in anderen Ländern bereits seit spätestens Anfang der 1970er Jahre erreichten Stand anzunähern. Im Zuge dieser Professionalisierung hat sie insbesondere erkannt, dass ergänzend zur Akutbehandlung geriatrischer Patienten im Rahmen eines ganzheitlichen und funktionell ausgerichteten Behandlungskonzepts frühzeitig auch rehabilitative Methoden eingesetzt werden müssen. Im Vergleich zur vorausgegangenen Situation der Geriatrie als einer „perspektivlosen Verwahrmédisin“ kam die ungemein erfolgreiche Implementierung rehabilitativer Methoden durchaus einer kleinen medizinischen Revolution gleich. In Berlin konnten beispielsweise mehrere „Krankenhäuser für chronisch Kranke“ umgewandelt werden in Fachkrankenhäuser für Geriatrie, die eine Vielzahl der institutionalisierten Langzeitpatienten wieder in eine private häusliche Umgebung bringen konnten.

Erst durch diese Hinzunahme rehabilitativer Methoden konnte die Geriatrie ihre Behandlungserfolge erzielen und genau das erklärt auch, warum anfangs gerade die „geriatrische Rehabilitation“ besonders betont und herausgestellt wurde: Dieser Aspekt war quasi das Synonym für den Unterschied zwischen der herkömmlichen (eher trostlosen) und der modernen, aktivierenden, erfolgreichen Geriatrie. Aufgrund der resultierenden Bi-Modalität geriatrischer Medizin (Akutmedizin und Rehabilitation) war es in der Zeit, als die Geriatriekonzepte in den Ländern entwickelt wurden, durchaus naheliegend, geriatrische Kliniken entweder mit Versorgungsverträgen nach § 109 oder nach § 111 SGB V oder auch mit beiden Versorgungsverträgen auszustatten.

Die Geriatrie stand mit der daraus resultierenden Ausgangslage nicht allein, als 2001 im Rahmen der Gesetzgebung zum SGB IX auch das Fünfte Sozialgesetzbuch geändert wurde. Mit Artikel 5 Nr. 11 wurde § 39 Abs. 1 SGB V ergänzt um die explizite Klarstellung, dass die akutstationäre Behandlung „auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“ umfasst. Die nähere Begründung zu dieser Gesetzesänderung (vgl. Stier-Jarmer & Stucki, 2002) legt die Vermutung nahe, dass die Geriatrie – hätte sie sich erst nach dieser Gesetzesänderung entwickelt – leistungsrechtlich von vornherein hier verankert worden wäre.

Mittlerweile wurden in Brandenburg (zuletzt 2003) in einigen "111er"-Einrichtungen auf dieser Grundlage nun Umwidmungen im neurologischen Frühreha-Bereich vorgenommen (Umwandlung in Krankenhausbetten, s. Anlage). Von mindestens einer Einrichtung ist definitiv bekannt, dass dort zuvor auch beatmete Frühreha-Patienten auf Basis von § 40 SGB V im Rahmen des Reha-Versorgungsvertrages behandelt und abgerechnet wurden. Es gibt andererseits Kranken-

häuser im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V, in denen einzelne Fachabteilungen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V haben, wodurch beispielsweise auch bei akuter Dialysepflichtigkeit die "Rehabilitation" leistungsrechtlich und abrechnungstechnisch nicht unterbrochen wird, während dies andernorts ein Ausschluss- oder Abbruchkriterium darstellt. Insofern gibt es vom Leistungsgeschehen her keine durchgreifend scharfe Trennung zwischen den Versorgungsverträgen nach § 109 und § 111 SGB V, zumal die eindeutige Zuordnung frührehabitativer Leistungen zum § 39 SGB V erst aus der jüngsten Zeit stammt und zuvor uneinheitlich gehandhabt wurde.

In der Geriatrie kommt hinzu, dass – anders als beispielsweise in der Neurologie, Kardiologie und Orthopädie – das Phasenmodell der „weiterführenden Rehabilitation“ *fachintern* gänzlich unbekannt ist. Geriatriische Einrichtungen verlegen *untereinander* keine Patienten zur „weiterführenden Rehabilitation“ – jede geriatriische Behandlung ist auf den Fallabschluss mit dem Ziel der „Rückkehr in die Häuslichkeit“ ausgerichtet, daran misst die Geriatrie auch ihre Ergebnisqualität. Dies wird zugleich durch den Umstand reflektiert, dass es diesbezüglich regional praktisch keinerlei fachspezifisch komplementären und regelhaft kooperierenden Strukturen gibt, sondern entweder den einen oder den anderen Versorgungsvertrag, wenn man vom Spezialfall der Mischform „unter einem Dach“ absieht.

### **Abrechnungskonstrukte für die Frührehabilitation –**

Aus der ersten Stellungnahme zum Entwurf der Abgrenzungskriterien der Geriatrie aus Sicht der 111er-Einrichtungen (Dr. Swoboda, Vorstandsmitglied der BAG und Chefarzt der Geriatriischen AWO-Rehabilitationsklinik Würzburg als Modelleinrichtung des Bundes und des Landes Bayern; s. Anlage), ging Anfang 2003 bereits hervor, dass Abgrenzungskriterien grundsätzlich berücksichtigen müssen, dass die geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlung derzeit nicht nur in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V auf Basis von § 39 SGB V, sondern auch in Kliniken mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V auf Basis von § 40 SGB V durchgeführt wird und - aufgrund der landesweiten Geriatriekonzepte zum Beispiel in Bayern und Baden-Württemberg - auch noch weiterhin so durchführbar bleiben muss, um nicht die Versorgung geriatriischer Patienten flächendeckend akut zu gefährden. Verschont blieben ansonsten nur größere Ballungsräume (Nürnberg, München, Bayreuth, Ulm, Heidelberg), in denen Geriatrie ohnehin bereits im Krankenhaus *und* auf Basis von § 39 SGB V verankert ist. Diese vor allem aus leistungsrechtlicher und weniger aus medizinischer Perspektive heterogene Situation findet

sich vergleichbar auch in der neurologischen Frührehabilitation, wobei diese den Vorteil hat, dass niemand auf die Idee käme, Intensivstationen in Krankenhäusern nur deshalb abzuschaffen, weil beatmete Patienten teilweise auch in reinen 111er-Einrichtungen versorgt werden oder würden. Ebenso absurd wäre eine solche Schlussfolgerung tatsächlich auch im Hinblick auf geriatrische Patienten mit Komplexbehandlungsbedarf, die teilweise ebenfalls auf Basis eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V behandelt werden. Aber offenbar steht die Geriatrie diesbezüglich unter einem kaum behebbaren "Generalverdacht". Dies wird weiter unten noch einmal aufzugreifen sein.

### **Rekonvaleszenzverlauf geriatrischer Patienten –**

Im Vergleich zur neurologischen Frühreha tritt bei der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung ursächlich als Problem hinzu, dass die Patienten einerseits sehr früh im Behandlungsverlauf rehabilitative Maßnahmen benötigen (insbesondere - aber nicht nur - um jegliche Immobilisation mit ihren verheerenden Folgen wie Druckgeschwüren, Kontrakturen, Thrombosen, Pneumonien etc. zu vermeiden), andererseits weisen sie jedoch eher selten einen phasenhaft stetig voranschreitenden Genesungsprozess auf. Stattdessen kommt es in der Rekonvaleszenz geriatrischer Patienten nahezu regelhaft vor, dass sich an eine Phase der bereits erreichten Rehabilitationsfähigkeit unmittelbar eine Phase der Nicht-Rehafähigkeit aufgrund einer akuten Komplikation anschließt (sog. Instabilität geriatrischer Patienten). Daher lautet ein wesentliches Kriterium des OPS 8-550 auch: "Gleichzeitige (dauernde oder *intermittierende*) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung".

### **Geriatriekonzept in Niedersachsen (§ 109 und § 111 SGB V) –**

Der in Niedersachsen zwischen jedem einzelnen Leistungserbringer und den Kostenträgern geschlossene "Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V" (s. Anlage) enthält nun landesspezifische Abgrenzungskriterien, die es erforderlich machen, jede einzelne Krankheitsphase nach ihrer Akuität zu unterscheiden. Tritt also "Reha-Fähigkeit" (nach den Kriterien des niedersächsischen Versorgungsvertrages) ein, ist der Abrechnungsmodus auf "§ 111" umzustellen. Wird diese Phase beispielsweise von einer Lungenentzündung wieder unterbrochen, so ist auf "§ 109" zurückzustellen - bis erneut "Reha-Fähigkeit" erreicht ist, usw. Der Versorgungsvertrag gibt damit die abrechnungstechnische Fallgestaltung bereits vor. Dabei ist es nach Aussage der Geriater in

Niedersachsen zugleich unzulässig, die "Reha-Hauptdiagnose" während einer intermittierenden Akutphase fortzuführen. Die intermittierende Akutphase ist zwingend mit einer "Akutdiagnose" zu begründen. Damit wird das reale Leistungsgeschehen *am Patienten* (der von alledem nichts bemerkt, da er immer in demselben Bett bleibt und von demselben Team auf derselben Station behandelt wird) völlig verschleiert. Wird hinterher jeweils nur ein Versorgungsbereich betrachtet, ausgewertet oder verhandelt, ergibt sich zwangsläufig ein völlig verzerrtes Bild, sowohl hinsichtlich der Fallzahlen, als auch hinsichtlich des Leistungsspektrums.

### **Was heißt nun „Reha in die Reha“ ? –**

Es gibt eine klare Positionierung des AOK-BV in dieser Frage, die in der Kurzform gipfelt: "Reha in die Reha". In dieser Aussage wird aber ein leistungsrechtliches Konstrukt mit einem konkreten Bedarf vermischt, und manchmal muss man den Eindruck haben, dass dies absichtsvoll geschieht - jedenfalls, wenn man die Positionierung des AOK-BV zur *Krankenhausplanung in Zeiten des Wettbewerbs* mit zugrunde legt (Leber, 2003; s. Anlage). Man darf sich jedoch nicht täuschen: Die wenigsten 111er-Geriatrien in Deutschland könnten, wenn sie von Krankenhausressourcen vollständig abgeschnitten wären, die weitere Versorgung ihrer Patientengruppen noch sicherstellen und müssten ihr Leistungsspektrum deutlich zurückfahren. Um es zu verdeutlichen: Es ist medizinisch völlig abwegig, geriatrische Patienten auf einer Skala der Form "Akutmedizin / Rehabilitation / Kur" in der Nähe von "Reha / Kur" zu vermuten. Sie befinden sich tatsächlich und insbesondere im frühpostakuten Verlauf nach schwerem Akutereignis im Bereich "Akutmedizin / Rehabilitation" mit oft mehrfach kurzfristig wechselndem Schwerpunkt (mal mehr akut, mal mehr rehabilitativ). Das Niedersachsen-Modell hat zumindest den Vorteil, diesen eindeutig frührehabilitativen Charakter der geriatrischen Komplexbehandlung belegen und transparent machen zu können - wenn Daten aus beiden Bereichen zusammengeführt werden.

### **Das Reha-Konstrukt aus Sicht der Kostenträger –**

Vorteilhaft am "Reha-Konstrukt" ist aus Sicht der Kostenträger, dass sie selbst im Bedarfsfall den MDK einschalten können, etwa um die *medizinischen* Kriterien für eine Rehabilitation streng prüfen zu lassen ("Nur Reha in die Reha" - dies eignet sich dann z.B. als Hebel gegen Einweisungen von Hausärzten zur geriatrischen "Reha", falls medizinisch keine Rehafähigkeit im engeren Sinne vorliegt; spiegelbildlich gibt es diese Praxis bereits genauso für geriatrische 109er-

Tageskliniken, zu denen Versicherte einzelner Krankenkassen aus dem ambulanten Bereich heraus bereits jetzt keinen Zugang mehr haben - es genügt hier, die TK-Indikation einfach streng gegen G-AEP-Kriterien prüfen zu lassen). Da umgekehrt der 111er-Leistungserbringer selbst wiederum den MDK nicht damit beauftragen kann, das "*Drängeln auf Reha*" eines Kostenträgers aus medizinischen Gründen abzuweisen (z.B. bei nachweislicher Nicht-Rehafähigkeit), können Kostenträger Patienten frühzeitig aus dem Akutbereich herausprüfen und in die "Reha" überstellen lassen. Wenn sich das vor Ort dann medizinisch als nicht sachgerecht bestätigt, kann der Leistungserbringer den Patienten nur wieder in das Herkunfts Krankenhaus zurückverlegen oder versuchen, den Bedarf mit seinen reduzierten Möglichkeiten "irgendwie" zu decken (beides zum Schaden für die betroffenen Patienten). Das ist z.B. teilweise die Perspektive der Variante in Bayern, dort buchen Berichten der Kollegen zufolge Kostenträger bereits "ihre" Reha-Geriatrie-Betten selbsttätig über das Internet - und manche Kollegen wissen kaum noch, wie sie die zunehmende Zahl von Patienten mit schlecht heilenden OP-Wunden, nächtlichen Verwirrtheitszuständen, Delirium bei Demenz, Stuhlinkontinenz etc.pp. unter (diktierten) "Reha"-Konditionen (d.h. mit einem Tagessatz von ca. 160-170 €) weiterhin sach- und fachgerecht behandeln sollen, obwohl durchaus eine Indikation besteht und sie auch über die notwendige medizinische, pflegerische und therapeutische Fachkompetenz und Qualifikation verfügen. Je stärker hier die Fallzahlen mit Komplexbehandlungsbedarf steigen, desto weniger tragfähig wird dieses 111er-Konstrukt werden.

### **Zerreißprobe im Rahmen der DRG-Einführung –**

Diese Konstellation gewinnt jetzt deutlich an Brisanz, da die schwerstbetroffene Gruppe geriatrischer Patienten unter DRG-Bedingungen (es sind nun mal - ökonomisch betrachtet - die "schlechtesten" Risiken) immer größer wird und zugleich die im 111er-Bereich "gegenfinanzierende" Gruppe der rein rehabilitativen Fälle mit geringerem Ressourcenverbrauch (z.B. elektiv operierte Coxarthrose-TEP-Patienten) immer kleiner. Diese Konstellation droht insbesondere den 111er-Modelleinrichtungen (Fachkliniken für Geriatrische Rehabilitation als Solitär, nicht als "Krankenhauseinlieger"-Fachabteilung) die "Luft" abzdrehen, da sie nicht "switchen" und nichts verschleiern oder verschieben können und der Belegungspraxis der Kostenträger nahezu vollständig ausgeliefert sind - vor allem, wenn es zugleich für umliegende Krankenhäuser attraktivste Anreize zur "Rosinenpickerei" und Türschildabrechnung gibt (vgl. ADRG I03). Aber auch, weil andererseits benachbarte Träger von "Mischformen" (beide Versorgungsverträge unter

einem Dach) derzeit eher den Eindruck vermitteln, als könnten sie bereits über die vielfältigen neuen Möglichkeiten zur "Fallgestaltung" frohlocken. Und deshalb reagiert der Fachbereich insgesamt mit großer Nervosität, teilweise sogar mit einer gewissen "Panik" auf alles, was von "oben" kommt und sich auf den Grenzbereich der §§109/111 SGB V bezieht, da zu wenig Detailkenntnis über die hier beschriebenen Konstellationen und Problematiken wahrgenommen oder angenommen wird. Insbesondere wehren sich geriatrische 111er-Einrichtungen aus durchaus verständlichen Gründen gegen den Fallabschluss im Krankenhaus, der zugleich für 109er-Geriatrien ebenso gängige und erfolgreiche Praxis ist und bleiben muss, nicht nur weil es medizinisch gerechtfertigt ist, sondern auch, weil es ökonomisch sinnvoll und strukturell notwendig ist, da es an deren Standorten ohnehin keinerlei etablierte, komplementäre 111er-Strukturen gibt. An dieser Zerreißprobe droht die Geriatrie nun aber zu scheitern, da sie mit dieser Situation quer zu allen anderen Fächern steht und befürchten muss, dass eine allgemeine Lösung so oder so, d.h. in dem einen oder dem anderen Bereich, zu ihrem Nachteil ausfallen muss.

### **„Machtlose Verlierer und fachfremde Gewinner“ –**

Das DRG-System fokussiert nun ganz auf den Patienten und die erbrachte Leistung, die Versorgungsverträge der Geriatrien im Spannungsfeld der §§109/111 SGB V sind aber vorwiegend politisch beeinflusste Abrechnungskonstrukte (aus fast schon vergangener Zeit), die mit dem tatsächlichen Anforderungsprofil und Leistungsgeschehen der Geriatrien nicht mehr viel zu tun haben. Durchaus nachvollziehbar wähen sich daher einige der reinen 111er-Modelleinrichtungen bereits als machtlose Verlierer allein deshalb, weil sie zufällig die schlechteste Ausgangsposition erwischt haben. Weil die momentane Sachlage aber zugleich *fächerübergreifend* aus Krankenhausperspektive so offenkundig attraktiv erscheint, muss man eher das Notwendigwerden eines weiteren „Verhinderungsparagraphen“ (in der Art des § 2 Abs. 2 KFPV 2004) befürchten (zum Schaden auch derer, die auf den momentanen Optimierungsanreiz in Verkennung der KFPV-Befristung setzen), wenn es nicht gelingt, diesbezüglich rasch zu sachgerechten, verbindlichen Klarstellungen zu kommen.

### **Geriatric findet zu 80% am oder im Krankenhaus statt –**

In der Diskussion um die Zuordnung geriatrischer Behandlung kommt erschwerend hinzu, dass Statistiken über geriatrische Bettenzahlen, die nur nach dem zugeordneten Versorgungsvertrag

stratifiziert sind, ebenfalls die tatsächliche Ausgangslage eher verschleiern als erhellen, da daraus nicht ersichtlich wird, wie viele der §111-Betten tatsächlich *im oder am Krankenhaus* aufgestellt sind und zum selben Träger, ggf. sogar zugleich zu einem §109-Bett gehören. Berücksichtigt man das direkte ressourcentechnische Umfeld, dann sind von bundesweit insgesamt etwa 280 Kliniken mit geriatrischem Versorgungsangebot mehr als 225 (80%!) direkt im oder am Krankenhaus tätig (170 mit Versorgungsvertrag nach § 109, 43 mit Versorgungsvertrag nach § 111 als direkte „Einlieger-Fachabteilung“ oder auf dem Gelände eines Krankenhauses, und 12 mit beiden Versorgungsverträgen für dieselben Betten). Das relativiert bereits deutlich die rein bettenbasierte Statistik von 60% "akut" zu 40% "Reha" in der Geriatrie (vgl. Stier-Jarmer, Pientka & Stucki, 2002). Die im Rahmen des Modellprojekts GEMIDAS-QM diesbezüglich aufgebaute Datenbank *mit* Berücksichtigung der institutionellen Einbindung steht demnächst vollständig zur Verfügung. Für die unter den geriatrischen Leistungsanbietern befindlichen Mitgliedseinrichtungen der BAG (n=175 Kliniken) ist eine online-Fassung unter [www.gemidas-qm.de/mapBAG/mapMain.php](http://www.gemidas-qm.de/mapBAG/mapMain.php) bereits verfügbar.

### **Wohin gehört nun die geriatrische Komplexbehandlung ? –**

Nach FPÄndG gehört die Geriatrie explizit zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Das muss aufgrund ihres tatsächlichen medizinischen Leistungsspektrums auch so sein. Nun gilt es, dies im Rahmen der DRG-Einführung konsequent und flächendeckend umzusetzen, d.h. Auslagerungen von Krankenhausleistungen in den 111er-Bereich durch Umwidmungen zu korrigieren oder aber mit gleichem Maß zu messen und dadurch faire Wettbewerbschancen herzustellen.

Solange es sich für den Kostenträger rechnet, solange wird eine im Bereich des § 111 SGB V erbrachte Leistung medizinisch mangels Auftraggeber nicht dahingehend überprüft, ob es sich dabei objektiv um eine leistungsrechtlich dem Krankenhausbereich zuzuordnende Leistung handelt. Umgekehrt kommen aber auf Krankenhäuser demnächst Prüfungen in noch größerem Stil zu (Stichprobenprüfungen, Abrechnungsauffälligkeiten, Fehlbelegungen). Schon jetzt ist durch diese Schieflage jegliches Leistungsangebot im Grenz- und Überschneidungsbereich der Sektoren - und dazu gehört die Geriatrie - akut bedroht. Hier sei noch einmal angemerkt, dass - solange der MDK ausschließlich von den Kostenträgern beauftragt werden kann - niemand das *genaue* Leistungsspektrum des 111er-Sektors kennt - und die Kostenträger offenbar selbst ebenfalls nicht, da auch Anbieter mit beiden Versorgungsverträgen unter einem Dach budget- und verhandlungstechnisch vollständig getrennt betrachtet werden. Die überbordende Transpa-

renz, die den Krankenhäusern jetzt abverlangt wird, wird es deshalb kurz- bis mittelfristig ohnehin erforderlich machen, dasselbe den Kostenträgern für "ihren" Rehabereich aufzuerlegen, wo sie de facto Anbieter, Kostenträger und Kontrolleur zugleich sind, d.h. obendrein auch Qualitätskriterien sowie Prüfanlässe selbsttätig festlegen.

### **Was ist zu tun ? –**

Nach § 135 a SGB V sind alle Geriatrien zur Behandlung "nach Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis" verpflichtet. Im frührehabilitativen Leistungsbereich ist dieser Stand in den Kriterien des OPS 8-550 grob skizziert enthalten. Eine geriatrisch qualifizierte Leistung, die diese Kriterien des OPS erfüllt, ist somit als Krankenhausleistung auf Basis von § 39 SGB V anzusehen und mittels DRG fallpauschaliert abzurechnen. Neben dieser Leistung erbringen 109er-Geriatrien Leistungen im Bereich der Notfallversorgung geriatrischer Patienten (jedoch keinerlei weiterführenden Reha-Leistungen), während 111er-Geriatrien zusätzlich reine Reha-Leistungen erbringen (aber an der Notfallversorgung nicht teilnehmen). Geriatriekonzepte, die die medizinisch abgrenzbare Leistung der geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung bislang auf Basis von § 40 SGB V erbringen lassen, müssen zwangsläufig angepasst werden (mit entsprechender Bettenumwidmung wie etwa in Brandenburg, oder aber mittels Interimsregelungen). Zu klären bliebe dann immer noch, wie der Reha-Anspruch von rehabedürftigen und -fähigen geriatrischen Patienten flächendeckend erfüllt werden soll (in der Krankenhausgeriatrie als der weitaus häufigsten Form der geriatrischen Versorgung, findet man beispielsweise bereits heute keine geriatrischen "Coxarthrose-TEP-Patienten" mehr, wenn diese nicht aus anderen Gründen krankenhauspflichtig sind, weil das beim MDK ansonsten grundsätzlich nicht als Krankenhausleistung "durchgeht").

Angesichts der Ausgangslage gibt es nur eine einzige rationale, pragmatische und medizinisch sinnvolle Lösung, um zu einer zeitgemäßen, flächendeckenden Vereinheitlichung auf eindeutiger Rechtsbasis zu gelangen und eine anachronistische, ineffiziente, unökonomische und medizinisch nicht begründbare Betonierung künstlicher Sektorengrenzen zu vermeiden, nämlich einen geriatrischen Versorgungsauftrag einheitlich und vollständig auf Basis von § 39 SGB V und in Einklang mit dem FPÄndG zu definieren. Denn umgekehrt müssten flächendeckend entweder komplementäre geriatrische Strukturen überall erst noch aufgebaut oder aber einheitlich mit allen Leistungserbringern Mischverträge vereinbart werden. Dem Fach müsste dann obendrein das Konzept der *fachinternen* weiterführenden Rehabilitation oktroyiert werden, da derartig

aufwendige Bemühungen ansonsten überhaupt keinen Sinn machen würden. Die beiden letztgenannten Alternativen dürften schon aufgrund der mangelnden medizinischen Notwendigkeit und der zusätzlichen Reibungsverluste an den Sektorengrenzen zu deutlichen Kostensteigerungen führen. An der „Zukunftsferne“ jeder einzelner dieser Lösungen kann man aber zugleich leicht ermessen, in welchem Dilemma sich das Fach tatsächlich befindet, da jeweils grundsätzlich Bund und Länder ebenso wie die Partner der Selbstverwaltung zu einem gemeinsamen „großen Konsens“ zusammenfinden müssten. Effektive und effizient arbeitende geriatrische Versorgungsstrukturen werden aber angesichts der demographischen Entwicklung von rasch zunehmender Bedeutung sein – es gibt also durchaus dringlichen Handlungsbedarf.

### **Widerspruch oder historisch bedingter Systemfehler ? –**

Der scheinbare Widerspruch in Frage 2 erklärt sich wesentlich aus der Bi-Modalität geriatrischer Medizin und den dementsprechend historisch unterschiedlich gewachsenen Strukturen. Unabhängig von der Entwicklung der Geriatrie wurde im Zuge mehrerer Gesundheitsreformen der hier relevante Bereich des Sozialrechts mehrfach novelliert – mit dem Ergebnis, dass wichtige Teile der Versorgungsstrukturen der Geriatrie nun noch weniger als zuvor schon zu ihren Rechtsgrundlagen passen.

In gewisser Weise erklärt sich der Widerspruch aber auch daraus, dass – mangels Auftraggeber – kaum überprüft wird, ob und in welchem Ausmaß Krankenhausleistungen, insbesondere Leistungen der Frührehabilitation nach § 39 SGB V, von Rehabilitationseinrichtungen im Sinne des § 111 SGB V erbracht werden, umgekehrt aber Leistungen, die auch nur den Anschein einer weiterführenden Rehabilitation erwecken, in Krankenhäusern mittlerweile konsequent und flächendeckend vom MDK im Auftrag der Kostenträger verfolgt werden. Als großes geriatrisches Fachkrankenhaus hat beispielsweise das EGZB tatsächlich Dutzende solcher Prüfungen pro Jahr – die zudem allesamt von nicht-geriatrisch spezialisierten Gutachtern durchgeführt werden, hauptsächlich von Orthopäden, Chirurgen und Allgemeinmedizinern. Sehr vielen anderen geriatrischen Krankenhäusern geht es ganz ähnlich – und die Belegungsquote der Krankenhausgeriatrien liegt dennoch nahezu durchgehend bei über 90%.

Vor diesem Hintergrund ist "Reha in die Reha" nicht nur abwegig, sondern würde bei unkritischer Umsetzung erheblichen medizinischen und sozialen Sprengstoff liefern – insbesondere, wenn zugleich etwa die wohnortferne "*Reha auf dem Lande*" als Prinzip zum Zuge käme. In allen Großstädten, nicht nur in Hamburg und Berlin, sondern auch in Bundesländern mit ausge-

prägtem 111er-Konzept, findet Geriatrie ausschließlich oder überwiegend im Krankenhaus als Krankenhausbehandlung statt, so in München, Nürnberg, Stuttgart, Ulm, Freiburg, Heidelberg, Bayreuth etc. Würde hier in Verkennung des realen Versorgungsbedarfs die Parole "Reha in die Reha" auf die geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung angewendet, dann würden sich sehr bald ältere Stadtbewohner nach Akutereignis in einer für den Bedarf unzureichend ausgestatteten und/oder unzureichend qualifizierten Rehaeinrichtung auf dem Land wiederfinden - wenn es denn die Kassenlage des Krankenversicherers gerade zulässt: In den anstehenden Einzelfallentscheidungen könnten dann wiederum *enge* medizinische Kriterien der „Rehafähigkeit“ zur Anwendung kommen, die angesichts der häufigen geriatrischen Komplikationen und Risiken wie Dekubitus, Delirium, Demenz, Wundheilungsstörung, Inkontinenz etc.pp. aller Voraussicht nach unsachgemäß oft als „nicht erfüllt“ bewertet würden (insbesondere dann, wenn nicht-geriatrisch qualifizierte Gutachter eingesetzt werden). Konkreter aktueller Beleg hierfür ist zum Beispiel die derzeitige Situation geriatrischer Tageskliniken mit Vertrag nach § 111 SGB V: Dieses Modell – fehlinterpretiert als Kann-Leistung – hat nach derzeitiger Sachlage überhaupt keine Zukunft, gleich gefolgt von den 109er Tageskliniken, wenn nichts geschieht.

### **Akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsbedarf –**

Aufgrund der überwiegenden Verortung im oder am Krankenhaus wäre als Folge einer unkritischen Umsetzung der Parole "Reha in die Reha" mit einem sprunghaften Anstieg des Bedarfs an vollstationären Pflegeplätzen zu rechnen - obwohl die Geriatrie international wie national bereits nachgewiesen hat, dass stationäre Pflegebedürftigkeit vermeidbar ist, wenn der besondere und spezifische Bedarf geriatrischer Patienten erkannt und in der Finanzierung sachgerecht berücksichtigt wird und wenn akzeptiert wird, dass "Refähigkeit" im Alter anders zu definieren (und zu überprüfen) ist. Dekubitus, Delirium, Demenz, Wundheilungsstörungen, Inkontinenz usw. schließen "Rehafähigkeit" im *geriatrischen* Sinne erwiesenermaßen nicht aus (70% der Patienten können wieder nach Hause entlassen werden), belegen aber zugleich den besonderen Komplexbehandlungsbedarf geriatrischer Patienten, der weder allein mit einer akutmedizinischen Standardausstattung, noch allein mit einer rehabilitativen Standardausstattung gedeckt werden kann. Erst die geriatrisch qualifizierte Kombination beider Leistungsbereiche ist für diese Patientengruppe sachgerecht entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, und diese Kombination gehört zur Definition der Frührehabilitation, welche wiederum leistungsrechtlich ins Krankenhaus gehört - schon weil sie frühestmöglich einsetzen muss und

weil es sich definitiv nicht um eine Kann-Leistung handelt. Abgesehen davon lassen sich geriatrische Krankenhauspatienten mit Komplexbehandlungsbedarf (das sind im Mittel ca. 50-70% der Patienten einer akutgeriatrischen Krankenhaus-Fachabteilung) eindeutig nicht mit dem im 111er-Bereich zugestandenen Tagessatz von 160-170 € sachgerecht medizinisch versorgen (nachweislich der Kalkulationsergebnisse des InEK aus dem Jahr 2003, die aufgrund 2002 noch gänzlich fehlenden Fehlanreizen hinsichtlich OPS 8-550 als unverzerrt angesehen werden können).

### **„Was wirklich passiert, wenn nichts passiert“ –**

Erst wenn die aufgezeigten Tatsachen von *allen* Beteiligten auf der Sachebene akzeptiert sind (d.h. befreit von rein versorgungspolitischen, individual-ökonomischen oder lobbyistischen Interessenlagen), wird es eine konstruktive Lösung für *die Geriatrie* an sich geben können. Wenn dies nicht bald erfolgt, wird die Härte der Auseinandersetzung um gegenseitige Abgrenzungen notgedrungen rasch zunehmen und in Folge wären geriatrische Leistungserbringer zunehmend genötigt, ihre Leistungen nicht an ihre Patienten, sondern an ihren Paragraphen anzupassen (der primär gesundheitspolitisch motiviert und nicht medizinisch begründet ist). D.h. 109er-Geriatrien wären zunehmend genötigt, sich auf die reine Notfallversorgung zu beschränken, und 111er-Geriatrien entsprechend auf die reine Rehabilitation. Da regional aber zumeist nur *entweder* die eine *oder* die andere Versorgungsform existiert, würden fast überall gravierende geriatrische Versorgungslücken entstehen (in die hinein dann womöglich vor allem Türschild-Aspiranten vorstoßen - wodurch nicht einmal Kosten gespart wären). Leidtragende wären auf jeden Fall multimorbide ältere Patienten, vor allem nach akuter Fraktur und akutem Schlaganfall, sowie deren Angehörige, da ein relativ direkter Weg in eine stationäre Pflegeeinrichtung (ggf. über mehrere vorausgehende „Drehtüraufenthalte“ hinweg) praktisch vorgezeichnet wäre - eine düstere Aussicht für eine alternde Gesellschaft.

### **Widersprüchliche Positionierung des AOK-BV –**

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass in dieser Diskussion die unterschiedlichen Positionierungen des AOK-BV selbst nicht zusammen zu passen scheinen, da einerseits die DRG-Einführung im Krankenhaus als ein wesentlicher Fortschritt in Richtung Transparenz und Wettbewerb beurteilt und diesbezüglich stets auf Forcierung gedrängt wird, andererseits jedoch er-

hebliche Verschiebungen in den Reha-Bereich vorausgesehen und zugleich begrüßt werden: der Reha-Bereich wird vom AOK-BV als (Zitat) "richtungweisend für die Neuordnung der stationären Versorgung ab 2007" angesehen. Beides kann jedoch nicht gleichzeitig gelten. Dies erscheint solange als ein Widerspruch in sich, solange der AOK-BV selbst sowie andere Kostenträger keine dem DRG-Kraftakt vergleichbaren Anstrengungen unternehmen, um für "ihren" Reha-Bereich dieselbe Leistungs-, Kosten- und Qualitätstransparenz *nach außen* herzustellen, wie sie vom Krankenhausbereich jetzt mit großer Selbstverständlichkeit eingefordert wird. Wenn es wirklich um Qualität und Wettbewerb geht, dann benötigt gerade der Reha-Bereich dringlich von den Kostenträgern *unabhängige* medizinische, ökonomische und qualitative Kontroll- und Bewertungsstrukturen. Sonst könnte sich durchaus der Verdacht ergeben, dass das DRG-System nur als eine Art Treibjagd-Instrument missbraucht würde, wenn man es nicht besser wüsste: Immerhin unterstützt der AOK-BV durch sein neues Internet-Portal "Partner Krankenhaus" mit großem Aufwand die Krankenhäuser aktiv und umfassend bei der DRG-Einführung – honi soit qui mal y pense.