

Die Demografie verändert die Grundversorgung

Die geriatrische Komplexbehandlung gehört in jedes Krankenhaus

■ Prof. Dr. N. Wrobel

Die Deutschen altern. Die Dramatik der demografischen Entwicklung lässt keine Zweifel mehr daran, dass die geriatrische Komplexbehandlung zur Grundversorgung und damit in jedes Versorgungs Krankenhaus gehört.

Aktuell und perspektivisch werden die Deutschen vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und an chronisch degenerativen Erkrankungen sterben. Vor allem aber nehmen bis 2015 die Todesfälle infolge von Krebserkrankungen deutlich zu. Chronisch-(neuro-)degenerative Erkrankungen werden die ambulante Versorgung dominieren, während die Krankenhäuser mit einem altersbezogenen Anstieg von Behandlungsfällen (Abb. 1) zu rechnen haben. Herz-Kreislauf- und Tumorerkrankungen werden somit das künftige stationäre Leistungsaufkommen entscheidend bestimmen. Leistungsevident sind aber auch muskuloskeletale Erkrankungen, etwa nach Stürzen mit Frakturen, oder chronisch-(neuro-)degenerative Erkrankungen, deren Prävalenz absolut gesehen am höchsten ist. Das DRG-System wird allerdings nicht allein durch eine Zunahme an abrechnungsrelevanten Hauptdiagnosen, sondern vor allem durch die Schwere des Behandlungsfalls belastet werden. Dieser Sachverhalt erklärt sich eindeutig durch die altersabhängig zunehmende Multimorbidität (Abb. 2).

Die Erwartungen der Patienten treiben die Medizin an Grenzen

Die Kliniken sehen sich mit höchsten Versorgungsansprüchen konfrontiert. So „erzwang“ eine 92-jährige Frau eine ACVB-Operation (Aorto-Coronarer-Venen-Bypass), weil sie in einem Zustand ständiger Herzschmerzen „so nicht mehr weiterleben wollte“. Intraoperativ erlitt sie einen Schlaganfall, von dessen Folgen sie sich jedoch gut erholte. Nach eigenem Bekunden würde sie diese Behandlungstortur „jederzeit“ wiederholen lassen. Für den Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bei reduzierter Lebenserwartung älterer Patienten werden innovative, dafür aber kostenintensive Behandlungsmethoden entstehen, wie etwa die Stentimplantation bei stenosierenden gastrointestinalen Tumoren.

Das DRG-System wird nicht erst perspektivisch mit voller Kraft von der Bevölkerungs- und Altersentwicklung überrollt. Spannend bleibt deshalb die Suche nach der Antwort auf die Frage, ob die Veränderung in Struktur und Organisation, die das

DRG-System ausgelöst hat, in den Krankenhäusern diese kostenintensive Entwicklung durch eine erhoffte bessere Versorgungsqualität wird kompensieren können. Obgleich immer mehr alte und sehr alte Patienten stationär behandelt werden, ist eine richtungsführende Strukturänderung allerdings immer noch nicht auszumachen. Tatsächlich ist die Versorgung weiterhin fachdisziplinär ausgerichtet und hat bestenfalls Attribute wie eine „Alterskardiologie“ hervorgebracht.

Die wahre Herausforderung offenbart sich mit der Kalkulation des demografieassoziierten Leistungsaufkommens. Während aus monosymptomatischen Behandlungsfällen problemlos kostenhomogene Gruppen gebildet werden können, entzieht sich der multimorbide, ältere Patient der sachgerechten Vergütung entstandener Leistungsaufwendungen, etwa beim Vorliegen zweier gleichwertiger Hauptdiagnosen.

Frührehabilitative Komplexbehandlung im DRG-System

Im australischen AR-DRG-System ist eine Vergütung geriatrischer Leistung nicht vorgesehen. Bedingt durch den 100-Prozent-Leistungsansatz im G-DRG-System sah sich der Fachbereich Altersmedizin von Anfang an einem enormen Handlungsdruck ausgesetzt, um den für seine Leistungen sachgerechten Vergütungsanteil aus dem DRG-Budget am Ende der Konvergenz zu sichern. Kreativ etablierte er ein sozial- und leistungsrechtlich nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V abgesichertes, fachspezifisches Leistungsspektrum als frührehabilitative Leistung und innovativ als erster eine DRG-konforme „Komplexbehandlung“. Klassifikatorisch konnte auf ICD-Basis der geriatrische Behandlungsfall definiert und prozedural ein adäquater Leistungsumfang unter definierten Qualitätsaspekten entwickelt werden. Durch die bisher zu geringe Anzahl an InEK-Kalkulationsfällen konnte

Krankenhauspatientinnen und -patienten 2006 nach Altersgruppen



Foto: dpa

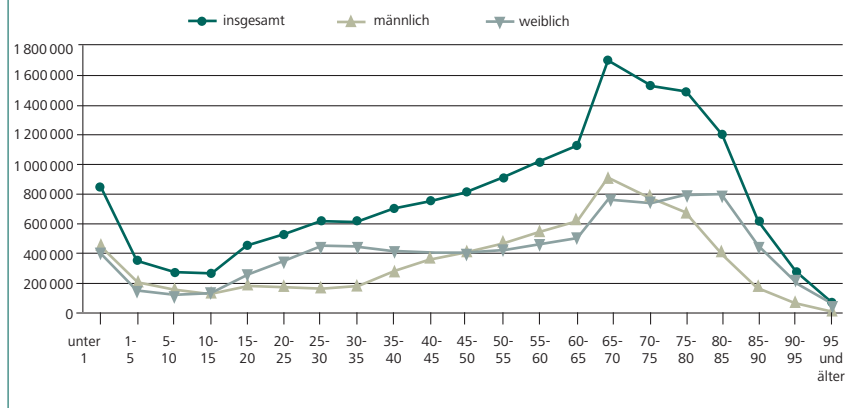
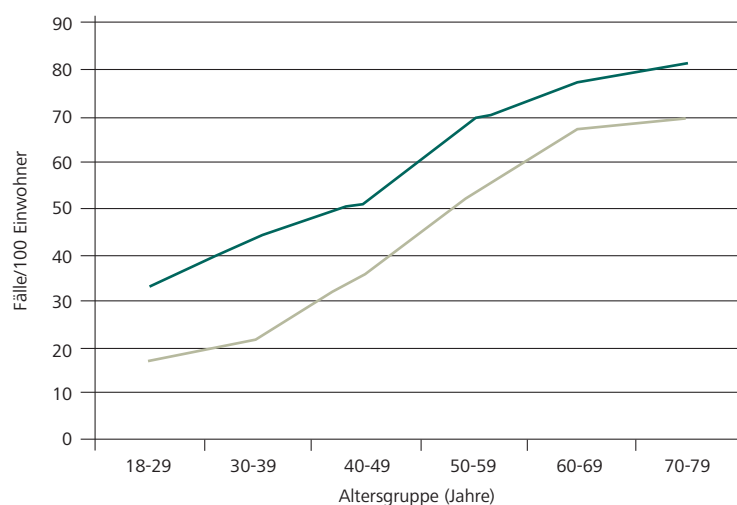


Abb. 1

Jährliche altersspezifische Prävalenzraten¹ an Mehrfachkranken



¹ Fälle an Mehrfachkranken pro 100 der Bevölkerung entsprechend der Alters- und Geschlechtszugehörigkeit; Bundesrepublik Deutschland 1998

Abb. 2

der MDC-Bereich noch nicht umfassend abgedeckt werden. In wichtigen Leistungsbereichen, etwa in der Schlaganfallbehandlung oder der Nachversorgung nach Knochenfrakturen mit oder ohne Endoprothetik, ist die sachadäquate Vergütung geriatrispezifischer Leistung inzwischen erlösseitig abgesichert.

Die Geriatrie erwartet einen fairen Preis für ihr Produkt

Über Fallsimulationen und eine operationalisierende Fall- und Leistungsdefinition ist dem Fachbereich in einem inzwischen prozedural orientierten Fallgruppensystem eine genügend genaue „Produktbeschreibung“ gelungen, für die in einem sich entwickelnden Preissystem auch ein fairer produktbezogener Preis erwartet werden kann.

Parallel zu Bemühungen, Kosten nach betriebswirtschaftlichen Regeln und durch Prozessoptimierung zu senken, wurden Maßnahmen ergriffen,

um die Wettbewerbsfähigkeit nach qualitätsorientierten Gesichtspunkten sicherzustellen. Hierzu zählt der Erwerb von Zertifikaten zum Beispiel nach KTQ oder DIN EN ISO 9000 und dem Qualitätssiegel Geriatrie. Der Fachbereich kann komplexe Probleme lösen und wird so sein Ziel erreichen, den für eine qualitativ hochwertige altersmedizinische Versorgung notwendigen DRG-Budgetanteil am Ende der Konvergenz zu sichern.

Geriatritypische Multimorbidität als Teil der Falldefinition

Die zunehmende altersabhängige Multimorbidität provoziert unweigerlich die Notwendigkeit einer komplexen Behandlung. Die Finanzierung komplexer Behandlungsmethoden ist DRG- und damit ordnungspolitisch relevant. Geriatrische Behandlung verfolgt a priori einen kurativen Therapieansatz, wenn dieser nicht möglich ist, eine der Situation ange-

messene Optimierungsrestitution. Der Vorteil dieser Komplexleistung innerhalb des DRG-Systems besteht nun darin, dass „geriatritypische Multimorbidität“ Bestandteil der Falldefinition ist und das Leistungsaufkommen damit explizit korrespondiert. A posteriori kann so der Behandlungsstau von demografieinduzierter Multimorbidität optimal aufgelöst, das DRG-Wirtschaftsprinzip ideal gewahrt werden. Sowohl sozial- und leistungsrechtlich als Frührehabilitation im Krankenhaus wie auch DRG-konform als Komplexbehandlung (OPS 8-550) abgesichert, verfügt geriatrische Komplexleistung inzwischen über genügend Kraft zur Ausweitung in die Fläche.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Norbert Wrobel
Klinikdirektor
Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation
Klinikum Bremen Nord gGmbH
Hammersbecker Straße 228
28755 Bremen

Berufsbild der „Klinischen Kodierer“ in Greifswald etabliert

Das Universitätsklinikum Greifswald gehörte vor fünf Jahren zu den ersten großen Einrichtungen, in der für alle 21 Kliniken die Abrechnung über „Klinische Kodierer“ eingeführt wurde. „Inzwischen hat sich das System und das neue Berufsbild des Kodierers im Alltag bestens bewährt“, betont **Dr. Christoph Bobrowski**, Leiter der Stabsstelle Medizincontrolling. Ein Team aus zehn Kodierern ist am Universitätsklinikum Greifswald für die sachgerechte Kostendokumentation verantwortlich. **Die Stationsärzte sparen dadurch etwa fünf Prozent ihrer Arbeitszeit ein**, die den Patienten zugutekommt. Durch eine effiziente und sachgerechte Kodierung kann die Erlössituation eines Krankenhauses nachhaltig verbessert werden. In der Regel kommen fachlich versierte Kodierer aus dem Krankenhausbetrieb und durchlaufen eine

spezielle Weiterbildung. Sie sind für die Überprüfung der Vollständigkeit aller Patientenakten zuständig. Ihre Hauptaufgabe liegt darin, die richtigen Behandlungsschlüssel (Codes) für die einzelnen Diagnosen und Therapien zu ermitteln und zuzuweisen. Die gesamte Abrechnung erfolgt auf Basis der DRG.

Zu den Aufgaben der Kodierer gehören auch die Reaktion auf Abrechnungsprüfungen der Krankenkassen in strittigen Kostenfragen, der Kontakt zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) sowie die Unterstützung der Ärzte bei Widersprüchen zu Einzelentscheidungen.

Die Klinischen Kodierer nutzen für ihre Arbeit das Krankenhausinformationssystem, das einen Zugriff auf die papierlose elektrische Patientendokumentation ermöglicht. Die Ko-

dierer stehen vor Ort in den Kliniken jederzeit als Ansprechpartner für die Mediziner zur Verfügung.

„Das bundesweite pauschalierte Entgeltsystem wird in all seinen Verästelungen nur noch von Verwaltungsexperten durchschaut“, unterstreicht Bobrowski. Deshalb habe sich der Schritt, die Ärzte von dem oftmals komplizierten Abrechnungsaufwand zu entlasten, in Greifswald ausgezahlt. Das spezifische Berufsfeld der Kodierer im Bereich des Medizincontrollings werde sich jedoch weiterentwickeln. „Die Auswertung der Routinedaten, die wichtige Rückschlüsse auf die Leistungsfähigkeit der einzelnen Abteilungen zulassen, soll künftig stärker in das Qualitätsmanagement und die Optimierung der klinischen Ablauforganisation einbezogen werden“, kündigt Bobrowski an.