

Statement

von Prof. Dr. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER

anlässlich der Pressekonferenz
zur Vorstellung des BARMER-Krankenhausreports 2017
am 19. Juli 2017 in Berlin

Je älter wir werden, desto schwerer kommen wir nach einem Krankenhausaufenthalt wieder auf die Beine. Ein Oberschenkelhalsbruch zum Beispiel kann für betagte Patienten dramatische Folgen haben. Oftmals droht dann Pflegebedürftigkeit, nicht wenige Betroffene versterben. Was ich hier schildere, ist keine Seltenheit, sondern Alltag in vielen deutschen Krankenhäusern. Schließlich müssen immer mehr über 70-jährige multimorbide Patienten in stationäre Behandlung. In den Jahren 2006 bis 2015 stieg ihre Zahl um 80 Prozent, von 1,1 auf zwei Millionen. Und das ist erst der Anfang, wenn man berücksichtigt, dass die Anzahl der Menschen in der Generation 70plus bis zum Jahr 2050 um 46 Prozent anwachsen wird.

Defizite bei der frührehabilitativen Behandlung

Finanzielle Fehlanreize können jedoch dafür sorgen, dass Geriatrie-Patienten länger als nötig oder kürzer als erforderlich im Krankenhaus versorgt werden. Zu diesem Ergebnis kommt der BARMER-Krankenhausreport 2017, den wir heute vorstellen. Hintergrund ist die starre, an der Dauer des Krankenhausaufenthalts orientierte Vergütungskomponente für die sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB). Diese Vergütungskomponente nach Sieben-Tage-Intervallen ist in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Sie sollte sich stattdessen stärker am tatsächlichen Bedarf des Patienten und an der medizinisch sinnvollen Dauer der Behandlung orientieren. Damit keine Missverständnisse entstehen: Ich lehne das bisherige Vergütungssystem im Krankenhaus nicht an sich ab. Weil es aber stets als lernendes System betrachtet wurde, wünsche ich mir an dieser Stelle eine Weiterentwicklung.

Starre Verweildauerkorridore führen zu starren Behandlungsdauern

Die GFKB kann nach der Behandlung einer akuten Erkrankung direkt im Krankenhaus anstelle oder auch zur Vorbereitung einer später stattfindenden Rehabilitation in einer klassischen Reha-Einrichtung dienen. Die Kliniken können eine höhere Pauschale abrechnen, wenn ein Patient im Rahmen der GFKB mindestens 14 Tage im Krankenhaus versorgt wird. In eben diese Richtung geht die Entwicklung, wie unser Report sehr klar zeigt. So werden immer mehr Patienten nach mindestens 14 Behandlungstagen entlassen. Deren Anteil stieg von 58 Prozent im Jahr 2006 auf 75 Prozent im Jahr 2015. Im selben Zeitraum sank der Anteil der GFKB-Patienten mit einem Behandlungsintervall von zumindest sieben Tagen von 15 auf zehn Prozent und derer mit mindestens 21 Tagen von 27 auf 15 Prozent. Aus rein medizinischer Sicht darf man zumindest ein großes Fragezeichen hinter diese Praxis setzen. Als Beispiel sei hier die Versorgung der Oberschenkelhalsfraktur genannt, die häufig aus einem Sturz resultiert. Eine Operation ist zwangsläufig die Folge. Die GFKB soll nun dazu beitragen, dass im Krankenhaus beispielsweise durch intensiviertere Physiotherapie das Gelenk so beweglich wird, dass Treppensteigen wieder möglich ist. Nicht jeder Patient ist aufgrund seiner Vorerkrankungen schon direkt fähig, eine Anschlussbehandlung in einer Rehabilitationsklinik anzutreten. Die GFKB sollte hier die Lücke schließen. Auffällig ist nach unseren Zahlen, dass genau nach 14 Tagen die weitere

Behandlung des Patienten abgeschlossen sein soll, und dies bei dem Großteil der Patienten, unabhängig von den Vorerkrankungen. Dieses erscheint zutiefst fragwürdig. Diese Zahlen zeigen deutlich, dass das Vergütungssystem in diesem Punkt weiterentwickelt werden muss.

Komplexbehandlungen in Kliniken deutlich teurer

Ich fordere auch deswegen eine zeitgemäße Weiterentwicklung der Komplexbehandlung, weil wir schon heute die nötigen Strukturen entwickeln müssen, um eine immer größer werdende Zahl der Geriatrie-Patienten in Zukunft bestmöglich und an den individuellen Bedarfen orientiert versorgen zu können. Denn allein in den Jahren 2006 bis 2015 ist die Anzahl der Geriatrie-Patienten mit einer Komplexbehandlung um sage und schreibe 180 Prozent gestiegen, und zwar von 79.600 auf 222.600 Patienten. Nur aus demografischen Gründen ist diese Entwicklung nicht erklärbar. Zudem müssen die regionalen Unterschiede berücksichtigt werden. Wir unterscheiden die „GFKB-Länder“ und die „Reha-Länder“. In Bayern erhalten nur 4,3 Prozent der Geriatrie-Patienten eine GFKB, während es in Hamburg 24,3 Prozent sind. Wenn wir den vermehrten Einsatz der Komplexbehandlung betrachten, liegt die Vermutung nahe, dass auch hier finanzielle Gründe eine Rolle spielen. Schließlich ist eine GFKB bei Oberschenkelhalsbruch mit 14 Behandlungstagen um 950 Euro teurer als eine klassische Rehabilitation, die je Geriatrie-Patienten im Schnitt mit 3.100 Euro zu Buche schlägt.

Behandlungserfolg in Reha-Einrichtungen besser

Mir geht es im Sinne der Patienten vor allem um die Qualität der Versorgung. Denn unser Report hat ergeben, dass die in Krankenhäusern durchgeführte GFKB oftmals einen geringeren Behandlungserfolg aufweist als eine Behandlung in einer klassischen Rehabilitationsklinik. So werden von den Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch 47 Prozent nach einer Komplexbehandlung und lediglich 40 Prozent nach einer Reha pflegebedürftig. Daher plädiere ich dafür, die GFKB nur bei Patienten anzuwenden, so lange diese einer Krankenhausbehandlung bedürfen. Grundsätzlich muss die Wahl der Behandlungsform vom individuellen Gesundheitszustand des Betroffenen abhängig gemacht werden. Ein strukturiertes Basis-Assessment kann hier dazu beitragen, den individuellen Behandlungsbedarf des Patienten festzustellen und zu dokumentieren.

GFKB: Besseres Behandlungsergebnis in größeren Krankenhäusern

Ist eine Komplexbehandlung unumgänglich, dann sollte sie möglichst an größeren, multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern erfolgen. Als Beispielerkrankung haben wir im Report die Oberschenkelhalsfraktur gewählt, die bei vielen Patienten zum Verlust der Eigenständigkeit führt, wodurch die Pflegebedürftigkeit droht. Die Analysen im Krankenhausreport zeigen, dass Kliniken mit mindestens fünf Fachabteilungen bei der Versorgung der Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch tendenziell erfolgreicher sind. Schließlich stellen dort mehrere Fachdisziplinen eine ganzheitliche Sicht bei der Behandlung des Patienten sicher. So ist das

Risiko, im Anschluss an ein Pflegeheim überwiesen zu werden, um sechs Prozentpunkte geringer, wenn die Betroffenen in einer großen anstatt einer kleineren Klinik behandelt werden.

Ich fasse noch einmal kurz zusammen. Die Vergütung für die GFBK sollte flexibler ausgestaltet werden. Außerdem sollte die Komplexbehandlung möglichst nur in großen Kliniken erfolgen und zwar dann, wenn die Patienten noch stationär behandelt werden müssen. Dies wären wichtige und durchaus gangbare Schritte, um die Altersmedizin auf die Herausforderungen der Zukunft vorzubereiten. Davon profitiert am Ende der Patient, indem er im besten Fall dank einer individuellen Behandlung wieder so gesund wird, dass er ein selbstbestimmtes Leben zu Hause führen kann. Das muss unser aller Ziel sein.