

BARMER-Krankenhausreport 2017

Pressekonferenz der BARMER

Berlin, 19. Juli 2017

Teilnehmer:

Prof. Dr. Christoph Straub

Vorsitzender des Vorstandes, BARMER

Prof. Dr. Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am RWI - Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Sunna Gieseke

Unternehmenssprecherin, BARMER (Moderation)



Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer.de/presse
www.twitter.com/BARMER_Presse
presse@barmer.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer.de

BARMER-Krankenhausreport 2017

Ältere Patienten in Deutschland nicht optimal versorgt

Berlin, 19. Juli 2017 - In Deutschland liegen immer mehr über 70-jährige multimorbide Geriatrie-Patienten im Krankenhaus. In den Jahren 2006 bis 2015 stieg ihre Zahl um 80 Prozent, von 1,1 auf zwei Millionen Personen. 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 heute in Berlin vorgestellte BARMER-Krankenhausreport 2017. Hintergrund dieser Entwicklung ist die starre, an der Dauer des Krankenhausaufenthalts orientierte Vergütung für die sogenannte geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB). Sie kann nach der Behandlung einer akuten Erkrankung direkt im Krankenhaus erfolgen und auch auf eine klassische Reha-Behandlung vorbereiten. Die GFKB lässt sich nach Verweildauer und Anzahl der Therapieeinheiten unterteilen. Im Wesentlichen wird zwischen mindestens sieben, 14 und 21 Behandlungstagen differenziert. „Die starren Kodiervorgaben für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sind in ihrer jetzigen Form nicht mehr zeitgemäß. Die Dauer der Behandlung sollte sich stärker am individuellen Bedarf des Patienten und an medizinischen Kriterien orientieren“, sagte der Vorstandsvorsitzende der BARMER, Prof. Dr. Christoph Straub.

Aufenthalt im Krankenhaus orientiert sich an Vergütungsstufen

Die GFKB stellt eine struktur- und verweildauerabhängige Vergütungskomponente im Rahmen des DRG-Systems dar. Kliniken können eine höhere Pauschale abrechnen, wenn ein Patient mindestens zwei Wochen lang stationär die GFKB erhält. Dies stellt aus BARMER-Sicht einen Fehlanreiz dar. „Im Jahr 2006 wurden 58 Prozent der GFKB-Patienten nach 14 Tagen entlassen und im Jahr 2015 bereits 75 Prozent. Parallel dazu sank der Anteil sowohl bei der sieben- als auch bei der 21-tägigen GFKB deutlich. Aus rein medizinischer Sicht darf man zumindest ein großes Fragezeichen hinter diese Praxis setzen“, sagte Straub und forderte in diesem Punkt eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems.

BARMER
Pressestelle

Axel-Springer-Str. 44 • 10969 Berlin

www.barmer.de/presse
www.twitter.com/BARMER_Presse
presse@barmer.de

Athanasios Drougias (Ltg.)
Tel.: 0800 33 20 60 99 14 21
athanasios.drougias@barmer.de

Sunna Gieseke
Tel.: 0800 33 20 60 44 30 20
sunna.gieseke@barmer.de

Komplexbehandlungen haben um 180 Prozent zugenommen

Straub mahnte, schon heute die nötigen Strukturen zu entwickeln, um in der Zukunft Geriatrie-Patienten adäquat behandeln zu können. Denn bis zum Jahr 2050 werde die Anzahl der Menschen in der Generation 70plus um 46 Prozent anwachsen, wodurch die Altersmedizin immer mehr Raum einnehmen werde. Wie aus dem Report hervorgeht, ist die Zahl der Geriatrie-Patienten mit einer GFKB allein in den Jahren 2006 bis 2015 um 180 Prozent gestiegen, und zwar von 79.600 auf 222.600 Patienten. „Die massiven Steigerungsraten bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung sind nicht rein durch den demografischen Wandel erklärbar“, sagte der Autor des BARMER-Krankenhausreports, Professor Boris Augurzky vom RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Das Thema sei auch ökonomisch relevant. Schließlich sei eine GFKB bei Oberschenkelhalsbruch mit 14 Behandlungstagen um 950 Euro teurer als eine klassische Rehabilitation, die je Geriatrie-Patient im Schnitt mit 3.100 Euro zu Buche schlägt.

Massive regionale Unterschiede bei geriatrischer Behandlung

Medizinisch ebenfalls nicht nachvollziehbar sind laut BARMER die deutlichen Unterschiede bei der jeweiligen Versorgungsform im Bundesgebiet. Wie ein älterer Patient behandelt wird, hängt demnach auch davon ab, in welchem Bundesland er wohnt. Denn laut Report reicht der Anteil der Geriatrie-Patienten mit einer GFKB von 4,3 Prozent in Bayern bis zu 24,3 Prozent in Hamburg. Für die Betroffenen sei das von großer Bedeutung, denn der Report lasse darauf schließen, dass das Behandlungsergebnis auch von der Versorgungsform abhängt. So werden von den Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch 47 Prozent nach einer Komplexbehandlung und lediglich 40 Prozent nach einer Reha pflegebedürftig. „Die GFKB im Akutkrankenhaus weist im Vergleich zur Versorgung in klassischen Reha-Einrichtungen einen geringeren Behandlungserfolg auf. Daher sollte die Komplexbehandlung nur dann zum Einsatz kommen, solange der Patient noch einer Krankenhausbehandlung bedarf. Dies hängt aber von dessen individuellem Gesundheitszustand ab“, sagte Straub. Zudem müsse stärker auf Prävention gesetzt werden, um zum Beispiel Stürze zu vermeiden, durch die viele Oberschenkelhalsbrüche entstehen.

Geriatric in großen Kliniken ansiedeln

Neben Änderungen bei der GFKB-Vergütung gibt es auch Handlungsbedarf bei den Leistungserbringern. Denn der Report zeigt, dass Kliniken mit mindestens fünf Fachabteilungen bei der Versorgung der Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch tendenziell erfolgreicher sind. Mehrere Fachdisziplinen gewährleisten demnach eine ganzheitlichere Sicht bei der Behandlung des Patienten. So sei 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. „Geriatric-Patienten sollten nach Möglichkeit an größeren, multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern behandelt werden. Dort haben sie bessere Chancen, wieder auf die Beine zu kommen, um noch lange in ihren eigenen vier Wänden leben zu können“, sagte Augurzky.

Daten aus dem BARMER-Krankenhausreport 2017

Kosten: Im Jahr 2016 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je weiblicher Versicherten für den vollstationären Aufenthalt im Schnitt bei 771 Euro bei körperlichen und 99 Euro bei psychischen Erkrankungen. Je männlichen Versicherten fielen 789 und 88 Euro an. Der Krankenhausaufenthalt einer Patientin kostete im Schnitt 3.664 Euro bei körperlichen und 7.110 Euro bei psychischen Erkrankungen. Bei einem Patienten betragen die Kosten im Schnitt 4.145 Euro bzw. 5.650 Euro (Report S.12).

Verweildauer: Die Patientinnen und Patienten bleiben immer kürzer im Krankenhaus. So sank die Verweildauer von 8,51 Behandlungstagen im Jahr 2006 auf 7,49 Tage im Jahr 2015. Dieser volle Tag weniger entspricht einem Rückgang um zwölf Prozent. Allerdings liegen psychisch erkrankte Menschen immer länger in der Klinik. Die Aufenthaltsdauer dieser Gruppe stieg in den Jahren 2006 bis 2016 im Schnitt von 22,15 auf 23,59 Tage. Das ist ein Zuwachs von 6,5 Prozent (Report S.34).

Regionale Unterschiede: Während in Baden-Württemberg im Jahr 2016 nur 177 und in Hamburg 188 von 1.000 Personen einen Krankenhausaufenthalt hatten, waren es in Sachsen-Anhalt 245 und in Thüringen sogar 247. Große Unterschiede gab es auch bei den Kosten je Versicherten. Sie schwankten zwischen 647 Euro für körperliche und 93 Euro für psychische Erkrankungen in Baden-Württemberg und 917 Euro und 88 Euro in Thüringen (Report S.39 und 41).

Diagnosen: Mit 41,3 Fällen je 10.000 Versicherten führte die Diagnose Herzinsuffizienz die Liste der häufigsten Hauptdiagnosen im Jahr 2016 an. Sie machte knapp 1,9 Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus. An zweiter Stelle folgte mit 38,3 Fällen je 10.000 Versicherten die Diagnose Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Danach kam auf Position drei die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol mit 36,5 Behandlungsfällen je 10.000 Versicherten und auf Position vier die Diagnose Angina Pectoris mit 28,3 Behandlungsfällen (Report S. 49).

Auf einen Blick

Was ist der Unterschied zwischen einer GFKB und einer Reha?

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) greift in aller Regel bei multimorbiden Patienten über 70 Jahre nach der Behandlung einer akuten Erkrankung. Sie erfolgt im Krankenhaus und die Reha in einer klassischen Rehabilitationseinrichtung. Beide Versorgungsformen sollen dazu beitragen, dass der Patient zum Beispiel nach einer Operation oder einem Schlaganfall wieder so fit wird, dass er im Optimalfall weiterhin zu Hause ohne fremde Hilfe leben kann.

Wann kommt eine GFKB zum Einsatz, wann eine Reha?

Die GFKB erfolgt bei Patienten, die so schwer erkrankt sind, dass sie noch längere Zeit in der Klinik bleiben müssen. Denn wer länger bettlägerig ist, der muss mit Muskel- und Knochenabbau sowie einem weiteren Kräfteverlust rechnen. Genau das versucht die Komplexbehandlung durch frühzeitige rehabilitative Maßnahmen zu verhindern. Die GFKB kann auch in Vorbereitung für eine Reha erfolgen. Letztere kommt dann zum Einsatz, wenn es den Patienten wieder so gut geht, dass sie nicht mehr stationär versorgt werden müssen. In den Jahren 2006 bis 2015 ist die Anzahl der Geriatrie-Patienten mit einer Komplexbehandlung um 180 Prozent gestiegen, von 79.600 auf 222.600 Betroffene.

Wie wird die GFKB vergütet?

Die Behandlung von Patienten in Krankenhäusern wird mit Fallpauschalen nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) vergütet. Mittlerweile gibt es 17 DRGs, in die die GFKB einfließt. Diese haben einen unterschiedlichen Leistungsumfang und sind mit einer abgestuften Verweildauer versehen, die einem Sieben-Tage-Intervall (7/14/21) folgt.

Wie wird die Reha vergütet?

Im Gegensatz zur GFKB im Krankenhaus werden Rehabilitationseinrichtungen in der Regel nach tagesgleichen Pflegesätzen vergütet. Diese sind zuvor mit den Einrichtungen und den Krankenkassen verhandelt worden. Im Schnitt schlägt eine Reha für Geriatrie-Patienten mit einem Oberschenkelhalsbruch mit 3.100 Euro zu Buche.

Service für Redaktionen

Die folgenden Bildmotive können für die Berichterstattung kostenfrei genutzt werden. Bitte verwenden Sie die unter den Bildern angegebenen Urheberhinweise.



Quelle: Robert Kneschke / Fotolia

Das komplette Material der Pressekonferenz finden Sie auch im BARMER-Presseportal: <https://www.barmer.de/p007974>

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.

Statement

von Prof. Dr. Boris Augurzky
Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“,
RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung

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

Die demografische Alterung der Gesellschaft in Deutschland schreitet zunehmend voran. Im Zeitraum von 2015 bis 2050 ist mit einem 46-prozentigen Anstieg der Zahl der Über-70-Jährigen zu rechnen. Damit wird auch die Zahl der älteren Menschen im Krankenhaus ansteigen. Im diesjährigen BARMER-Krankenhausreport wird genau diese Altersgruppe in den Fokus genommen. Geriatrie-Patienten werden charakterisiert als Menschen, die älter als 70 Jahre sind und gleichzeitig eine Geriatrie-typische Multimorbidität aufweisen. In den Jahren 2006 bis 2015 stieg die Zahl der Geriatrie-Patienten von 1,1 Millionen auf zwei Millionen an, ein Anstieg um 80 Prozent. Damit zeigt sich bereits heute der Bedeutungszuwachs der Altersmedizin. Mithin wird eine bedarfsgerechte Versorgung immer wichtiger. Die Erreichbarkeit von Krankenhäusern, die Geriatrie-Patienten behandeln, ist dabei sehr gut. 99,5 Prozent der Bevölkerung erreicht solch ein Krankenhaus innerhalb von 30 Minuten.

Die Versorgungsstrukturen unterscheiden sich allerdings erheblich zwischen den Bundesländern. Manche Länder setzen stärker auf Rehabilitation bereits während des Krankenhausaufenthalts in Form der so genannten geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFKB). Andere Länder fokussieren sich stärker auf Rehabilitation in klassischen Rehakliniken (Reha-Behandlung). Diese Unterschiede lassen sich sowohl auf historische Gegebenheiten als auch auf verschiedene länderspezifische Konzepte der geriatrischen Versorgung zurückführen. Im Ergebnis zeigt sich, dass die GFKB bei Geriatrie-Patienten in Hamburg bei 24,3 Prozent der Patienten durchgeführt wird, in Bayern jedoch nur bei 4,3 Prozent.

Die bundeslandspezifischen Unterschiede bei den zwei Arten der Rehabilitation zeigen sich sehr deutlich bei der Behandlung von Oberschenkelhalsbrüchen. Diese Unterschiede sind nicht durch medizinische Faktoren, wie zum Beispiel Alter und Krankheitsschwere, erklärbar. GFKB-Geriatrie-Patienten mit Oberschenkelhalsbruch sind tendenziell kränker als jene, die eine Reha-Behandlung erhalten. Hingegen zeigt sich, dass in Bundesländern mit „viel GFKB“ die GFKB-Patienten im Durchschnitt gesünder sind als in Bundesländern mit „viel Reha“.

Wenn man die unterschiedlichen Patientencharakteristika herausrechnet, führt die GFKB bei Behandlung des Oberschenkelhalsbruchs zu leicht schlechteren oder gleichen Ergebnissen als die Reha-Behandlung. Bei Betrachtung der Kosten ist die GFKB mit 14 Behandlungstagen um rund 950 Euro teurer als die Reha-Behandlung, die im Durchschnitt 3.100 Euro kostet. Die GFKB mit 21 Behandlungstagen ist sogar um 1.960 Euro teurer und, wenn GFKB und Reha durchgeführt werden, ist das sogar um 3.840 Euro teuer. Jedoch betreffen die beiden letztgenannten Gruppen nur einen kleinen Anteil der Patienten. Abhängig vom individuellen Gesundheitszustand sollte, wenn möglich, eine Reha-Behandlung statt einer GFKB durchgeführt werden. Das Entlastungspotenzial für die GKV liegt für die Oberschenkelhalsbrüche bei derzeit 4,2 Millionen Euro, wenn der GFKB-Anteil in Bundesländern mit „viel GFKB“ auf den der Bundesländer mit „viel Reha“ sinken würde. Bezieht man die demografischen Änderungen bis zum Jahr 2050 mit ein, betrüge das Entlastungspotenzial bis dahin sogar insgesamt 183 Millionen Euro.

Wenn eine GFKB bei Geriatrie-Patienten mit Oberschenkelhalsbruch durchgeführt wird, so haben Patienten in Krankenhäusern mit mehr als fünf Fachabteilungen eine geringere Wahrscheinlichkeit, 30 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt zu versterben als in Krankenhäusern mit weniger als fünf Fachabteilungen. Zudem ist die Wahrscheinlichkeit, im Anschluss in ein Pflegeheim überwiesen zu werden, um sechs Prozentpunkte niedriger. Darüber hinaus ist die 30-Tage-Mortalität in Krankenhäusern mit dem Qualitätssiegel „Geriatrie“ geringer als in Krankenhäusern ohne dieses Qualitätssiegel. Die Pflegeergebnisse unterscheiden sich dagegen nicht zwischen beiden Krankenhausgruppen. Insgesamt sollten daher Krankenhäuser geriatrische Qualitätsmanagement-Verfahren einführen und die GFKB eher an multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern durchgeführt werden.

Auch bestehende Vergütungsanreize sollten hinterfragt und gegebenenfalls angepasst werden. Geriatrie-Patienten mit GFKB liegen nämlich oft genauso lange im Krankenhaus, damit die GFKB beziehungsweise die dazugehörige DRG abgerechnet werden kann. Krankenhäuser haben im DRG-System finanzielle Anreize, die Vergütungsschwellen zu erreichen. Dabei haben sie sich über die Jahre hinweg an das Vergütungssystem angepasst und die Behandlungsdauern standardisiert. Schließlich sollte die Prävention dieser Akutereignisse stärker in den Blickpunkt genommen werden. Denn Akutereignisse, wie beispielsweise der Oberschenkelhalsbruch, gehen in der Regel mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes einher. Patienten werden häufig pflegebedürftig und müssen im Anschluss in einem Pflegeheim versorgt werden.

Neben den Auswertungen zum Schwerpunkt-Thema werden im Report auch wieder Analysen für das gesamte akutstationäre Versorgungsgeschehen durchgeführt. Dabei ist ein kontinuierlicher Zuwachs an Krankenhausfällen zu beobachten. In den Jahren 2006 bis 2016 stieg die Zahl der Krankenhausfälle von 188 auf 216 je 1.000 Versichertenjahre an, ein Anstieg von 15,3 Prozent beziehungsweise jährlich von 1,4 Prozent. Dieser Anstieg geht einher mit einem Rückgang der Verweildauer in somatischen Fachgebieten. Bei den Fallzahlen treten große regionale Unterschiede auf. Im Jahr 2016 hatte Thüringen mit 247 Fällen je 1.000 Versichertenjahre die höchsten Fallzahlen. Den niedrigsten Wert verzeichnete Baden-Württemberg mit 177 Fällen. Die häufigsten Diagnosen waren „Herzinsuffizienz“, „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“ sowie „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“.

BARMER



Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung

Barmer Krankenhausreport 2017

Schwerpunkt Geriatrie

19. Juli 2017

Prof. Dr. Boris Augurzky

Agenda



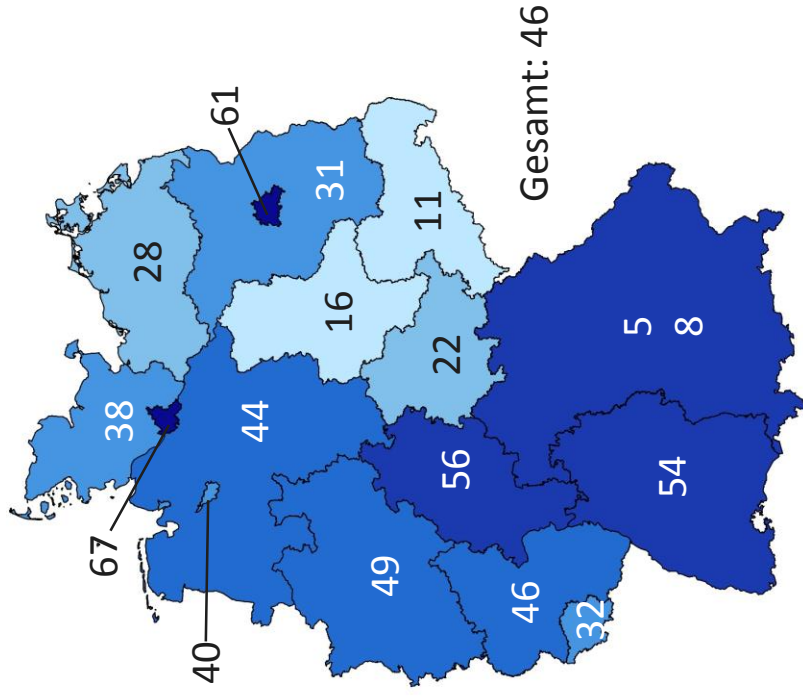
Hintergrund

Ergebnisse

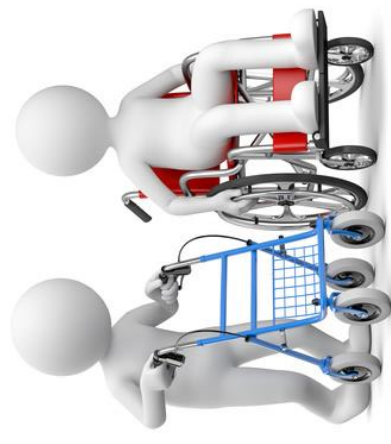
Fazit und Handlungsempfehlungen

Bedeutungsgewinn der Geriatrie durch Alterung der Gesellschaft

Anstieg der Zahl der Über-70-Jährigen in %
2015 - 2050



Bedeutungsgewinn der Altersmedizin (Geriatrie) durch **demografischen Wandel**
Veränderung des **Krankheitsspektrums**
Veränderung der Lebensformen älterer Menschen;
selbstbestimmtes (Alltags-) Leben wichtiger
Verhinderung von **Pflegebedürftigkeit** gewinnt an Bedeutung



Ziele des BARMER-Krankenhausreports 2017

1 Schaffung von Transparenz über geriatrisches Leistungsgeschehen

- Nachfrageentwicklung, u.a. Fallzahlen, Patientenzahlen
- Angebotsstrukturen, u.a. Fachabteilungen, Reha-Einrichtungen, Behandlungsformen, Erreichbarkeiten
- Geriatrieplanung in Bundesländern
- Versorgungssituation in Bundesländern

2 Vergleich von **rehabilitativen Maßnahmen nach Akutereignis**, das Pflegebedürftigkeit als Folge haben kann wie z.B. **Oberschenkelhalsbruch** nach Sturz

- Krankenhaus: geriatrische frührehabilitative **Komplexbehandlung (GFKB)**
- Stationäre Rehabilitationseinrichtung: **klassische Rehabilitationsmaßnahmen**

Fokus auf GFKB im Krankenhaus und Vergleich mit klassischer Rehabilitation in stationärer Rehabilitationseinrichtung

Der typische GFKB-Patient

Definition GFKB

Zielgruppe: multimorbide ältere Patienten (über 70 Jahre), die aufgrund einer Akuterkrankung bereits im Krankenhaus behandelt wurden

Ziel: Wiederherstellung der Mobilität und Selbstständigkeit

Rehabilitative Therapie bereits im Krankenhaus



Merkmale des GFKB-Patienten

Im Durchschnitt **84 Jahre** alt

70% Frauen

76% in einer **Geriatric** behandelt (Fachabteilung bei Entlassung)

Breites Spektrum an Hauptdiagnosen

- **Oberschenkelhalsbruch** mit 15% häufigste Hauptdiagnose
- Störungen des Ganges und der Mobilität zweithäufigste Hauptdiagnose (7%)

Schwerpunkt der GFKB liegt bei **14 Behandlungstagen** (75%)

Anmerkung: Datenjahr 2015. Standardisiert auf die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2015.
Quelle: RWI; Barmer (2017)

Agenda



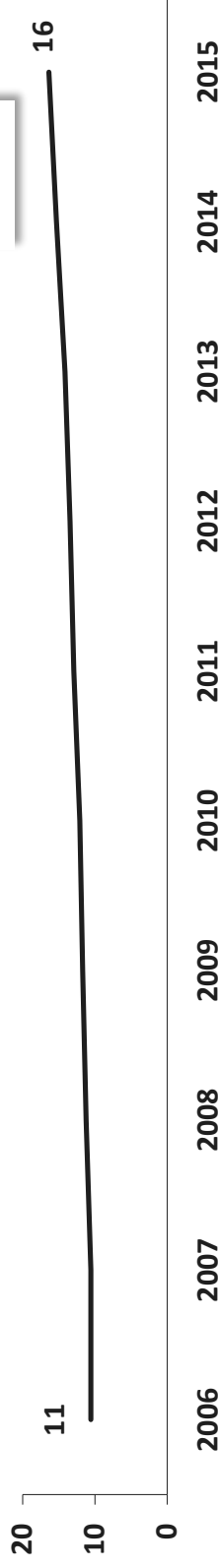
Hintergrund

Ergebnisse

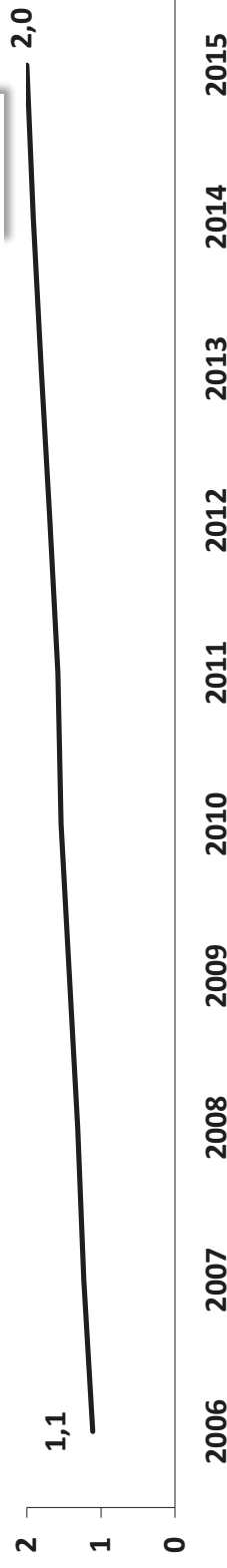
Fazit und Handlungsempfehlungen

Starker Bedeutungszuwachs der Geriatrie seit 2006

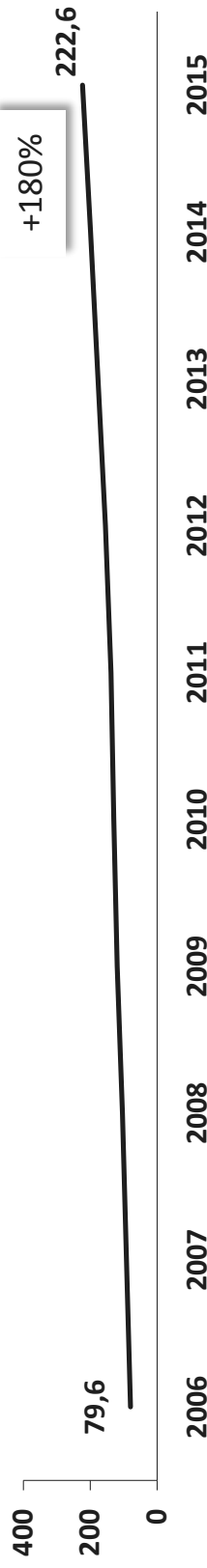
Betten in Fachabteilung Geriatrie in Akutkrankenhäusern, in Tsd.⁽¹⁾



Geriatriepatienten in Akutkrankenhäusern, in Mio.



Geriatriepatienten mit geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung (GFKB) in Akutkh., in Tsd.



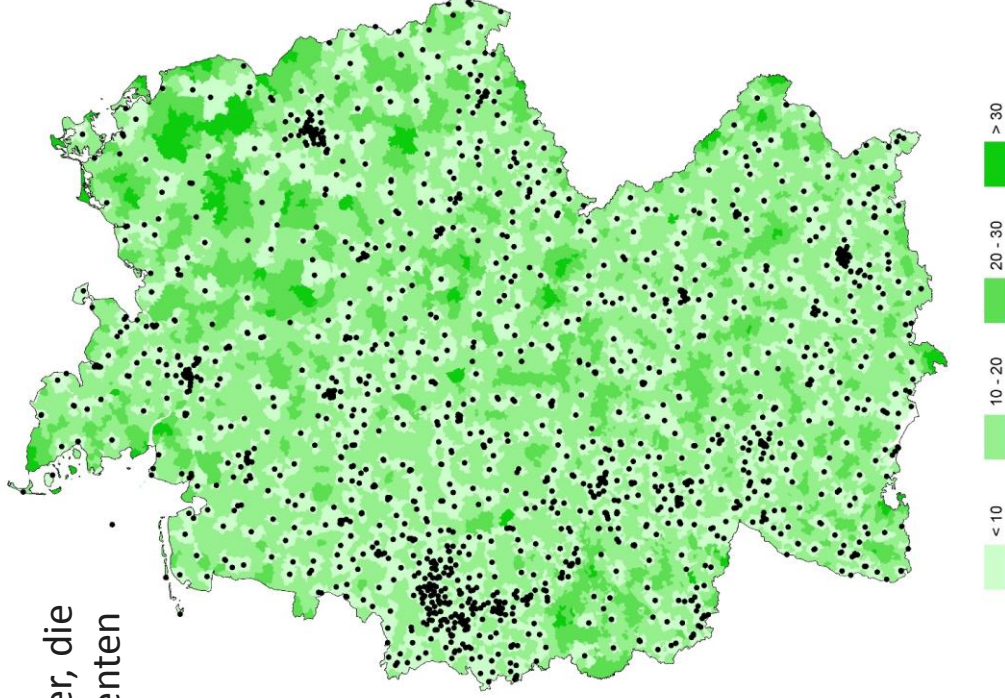
(1) Werte im Report leicht abweichend, weil der Zeitraum in den Diagrammen auf 2006-2015 vereinheitlicht ist.
Anmerkung: Standardisiert auf die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland im jeweiligen Jahr.
Quelle: RWI; Barmer (2017); Statistisches Bundesamt (2006-2016)

99,5% der Patienten erreicht ein Krankenhaus, das Geriatriepatienten behandelt, innerhalb von 30 Minuten

Krankenhäuser, die Geriatriepatienten behandeln

Behandlung von Geriatriepatienten erfolgte 2015 in **1.026 Krankenhäusern**

Diese Krankenhäuser sind für **99,5% der Bevölkerung** innerhalb von **30 Minuten** erreichbar



Anmerkung: Simulation basiert auf Krankenhausstandorten aus dem Datenjahr 2015.
Quelle: RWI; Barmer (2017)

Große Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Anwendung der GFKB

Zwei Gruppen von Bundesländern: „viel GFKB“ und „viel Reha“

Große regionale Unterschiede in der geriatrischen Versorgung, unterschiedliche Geriatrieplanung: **zwei Gruppen von Ländern**

- a. „viel GFKB“
- b. „viel Reha“

Geringerer Anteil der GFKB in „viel Reha“-Ländern

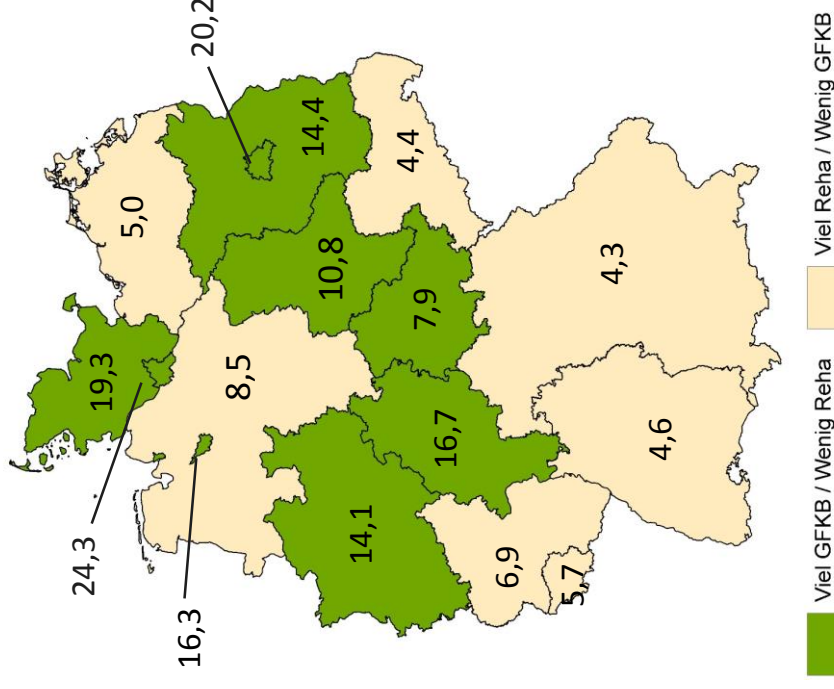
- 4,3% in Bayern
- 24,3% in Hamburg

Unterschiede nicht durch medizinische Faktoren (u.a. Alter, Krankheitsschwere) erklärbar

In beiden Gruppen deutlicher Anstieg des Anteils der Geriatriepatienten mit GFKB

In Ländern mit viel GFKB sind Patienten, die GFKB erhalten, weniger krank⁽¹⁾ als in Ländern mit viel Reha

Anteil GFKB bei Geriatriepatienten 2015, in %



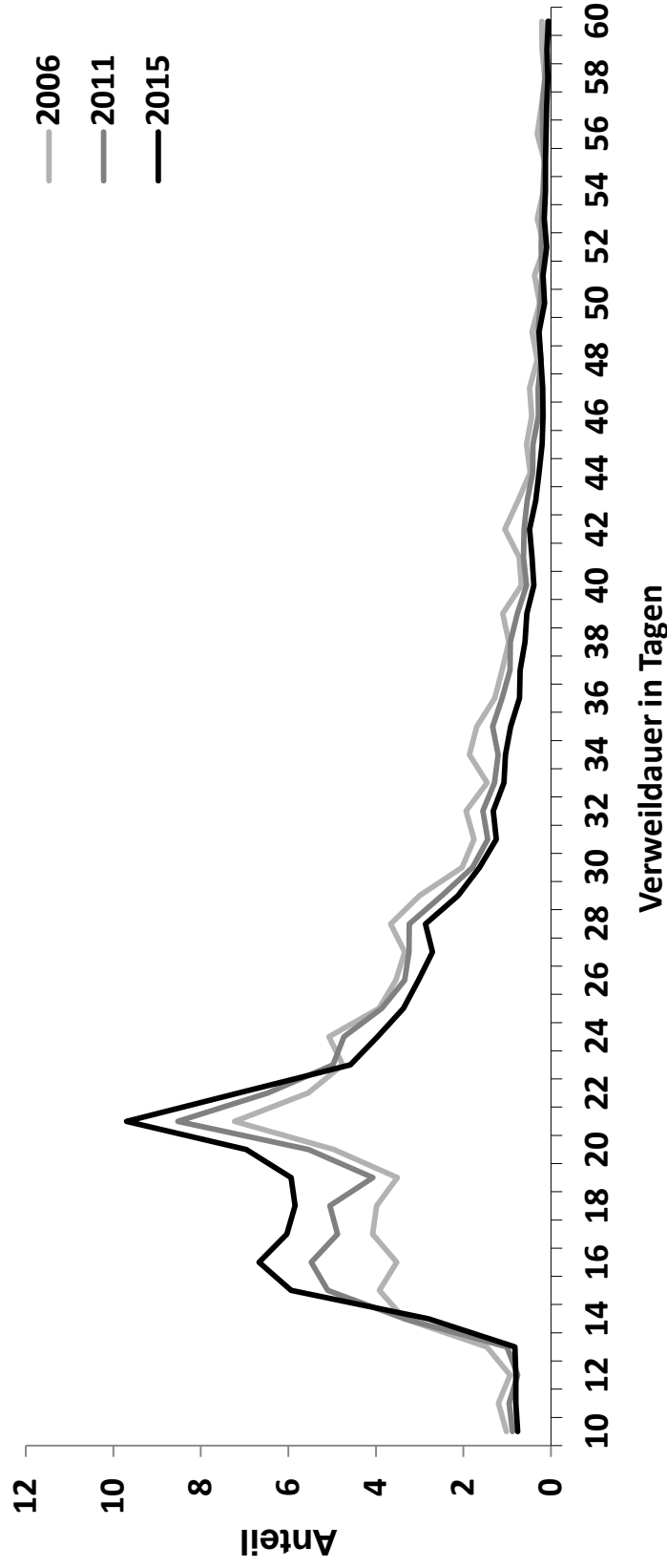
(1) Zum Beispiel weisen GFKB-Geriatriepatienten in Bundesländern mit „viel GFKB“ weniger geriatrische Merkmalskomplexe auf und haben eine im Durchschnitt niedrigere Pflegestufe als GFKB-Patienten in Bundesländern mit „viel Reha“.

Anmerkung: Datenjahr 2015. Standardisiert auf die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2015. Quelle: RWI; Barmer (2017)

An den Vergütungsgrenzen Häufung der Patienten mit entsprechender Verweildauer

Anpassung an Vergütungsanreize über die Jahre

Verweildauer der GFKB-Geriatriepatienten im Zeitverlauf, in %



Anmerkung: Keine Differenzierung nach dem Verlegungsstatus der Patienten, da dieser für das Datenjahr 2006 nicht vorliegt. Standardisiert auf die Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland im jeweiligen Datenjahr.

Quelle: RWI; Barmer (2017)

Beim Oberschenkelhalsbruch schlechteres Kosten-Nutzen-Verhältnis bei GFKB-Patienten im Vergleich zu Reha-Patienten

Bessere Ergebnisse außerdem in größeren Einrichtungen

Outcomes bei Patienten mit Oberschenkelhalsbruch

GFKB im Vergleich zu Reha

- **Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig** zu werden
 - GFKB-Patienten: 47%
 - Reha-Patienten: 40%
- Wahrscheinlichkeit, stationär pflegebedürftig zu werden: kein Unterschied
- Mortalitätsrate: kein Unterschied

Krankenhausmerkmale bei Durchführung der GFKB

- **Bessere Outcomes in Häusern mit mehr als fünf Fachabteilungen**
 - -2,6 %-Punkte 30-Tage-Mortalität
 - -6,6 %-Punkte Heimüberweisung
- Verringerter 30-Tage-Mortalität in Krankenhäusern mit Qualitätssiegel Geriatrie: -1,1 %-Punkte

Kosten bei Patienten mit Oberschenkelhalsbruch

Höhere Kosten bei GFKB-Patienten im Vergleich zu Reha-Patienten

- GFKB 14 Behandlungstage: **950 € teurer**
- GFKB 21 Behandlungstage: **1.960 € teurer**
- GFKB und Reha-Behandlung: **3.840 € teurer**

Entlastungspotenzial für GKV⁽¹⁾

- **4,2 Mio. €** für Oberschenkelhalsbruch 2015
- Demografisch bedingte kumulierte **Ersparnis bis 2050: 183 Mio. €**
- Ggf. deutlich höhere Ersparnis bei Berücksichtigung aller GFKB-Diagnosen

(1) Annahme: GFKB-Anteil in der Bundeslandgruppe „viel GFKB“ entspräche dem Anteil der Bundeslandgruppe „viel Reha“.

Anmerkung: Datenjahr 2015. Standardisiert auf Bevölkerung nach Alter und Geschlecht in Deutschland 2015. Bei den Kosten wurden Ausreißer entfernt. Die Ergebnisse basieren auf Regressionsmodellen.

Quelle: RWI; Barmer (2017)

Agenda



Hintergrund

Ergebnisse

Fazit und Handlungsempfehlungen

Fazit

Ergebnisse

Sehr gute Erreichbarkeit der geriatrischen Angebote
Starker Anstieg der Zahl der Geriatriepatienten in Krankenhäusern
Große Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Anwendung der GFKB
Verweildauer von GFKB-Patienten stark von finanziellen Anreizen bestimmt
Patienten mit GFKB-Behandlung haben gleiche oder leicht schlechtere Outcomes als Patienten mit Reha-Behandlung, jedoch höhere Kosten
Bessere Outcomes für GFKB-Patienten in KH mit mehr als 5 Fachabteilungen und in KH mit Qualitätssiegel Geriatrie

Handlungsempfehlungen

1. Bedeutungszuwachs der Altersmedizin in Zukunft
→ bedarfsgerechte Versorgung wird immer wichtiger
2. Geriatrie eher an multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern ansiedeln
3. Starke Steigerungsraten der GFKB kritisch hinterfragen und evaluieren → wo möglich Reha statt GFKB, abhängig vom indiv. Gesundheitszustand
4. Bestehende Vergütungsanreize überdenken und weiterentwickeln (z.B. analog zur multimodalen Schmerztherapie)
5. Stärker auf Prävention von Akutereignissen wie dem Oberschenkelhalsbruch setzen
6. Krankenhäuser sollten geriatrische Qualitätsmanagement-Verfahren einführen

Vielen Dank!

RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung
Hohenzollernstr. 1-3
45128 Essen

Tel.: 0201 / 81 49 0
Mail: rwi@rwi-essen.de
URL: rwi-essen.de

BARMER-Krankenhausreport 2017

Infografiken

Schwerpunktkapitel

Infografik 1

Immer mehr Menschen benötigen geriatrische Versorgung

Infografik 2

Viele Komplexbehandlungen in den Stadtstaaten

Infografik 3

Die meisten Geriatriebetten in den Stadtstaaten

Infografik 4

Krankenhausaufenthalt von Vergütung abhängig

Infografik 5

Versorgungskonzepte unterscheiden sich je nach Bundesland

Infografik 6

Komplexbehandlung teurer als Reha

Allgemeiner Teil

Infografik 7

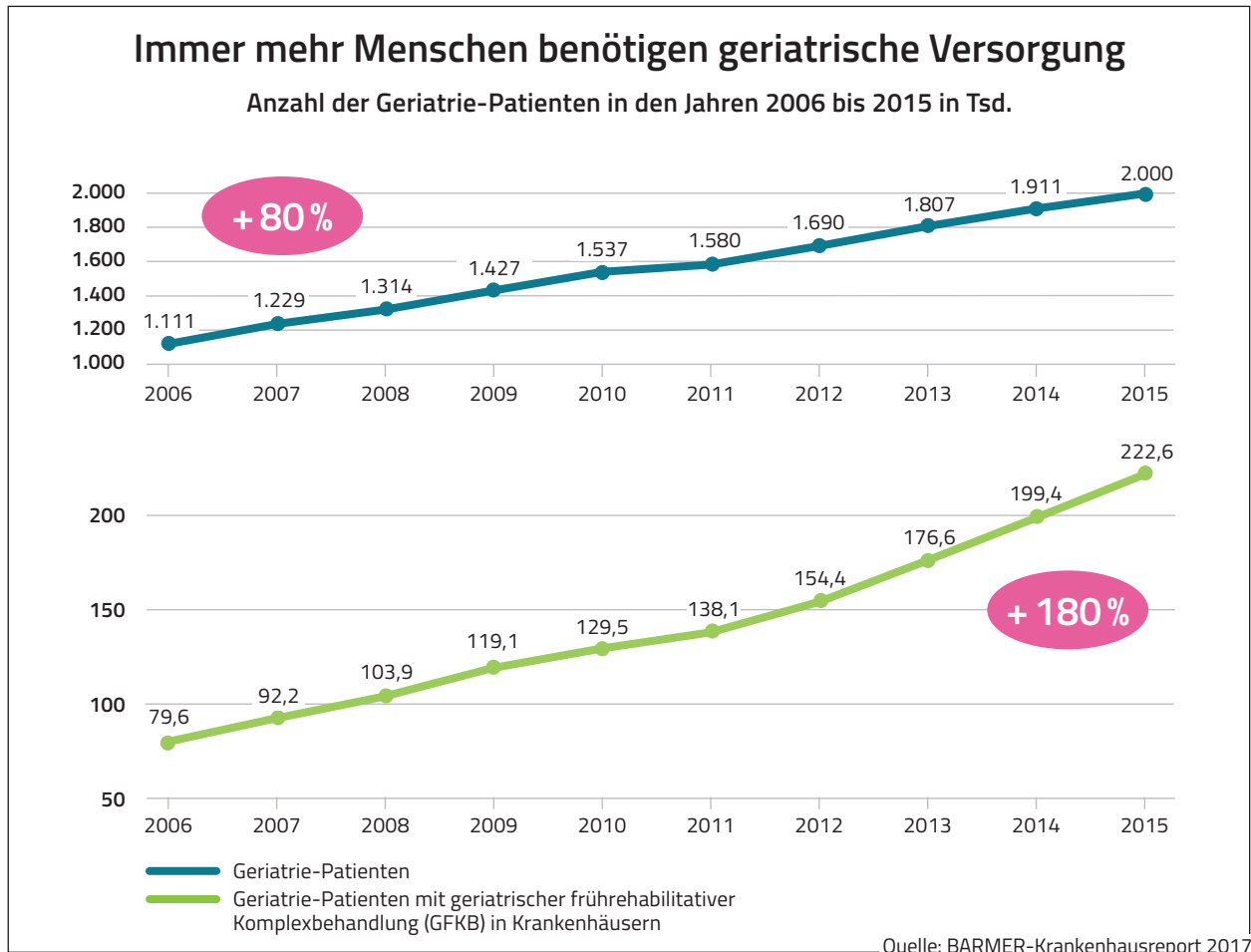
Patienten mit psychischen Erkrankungen immer länger in der Klinik

Infografik 8

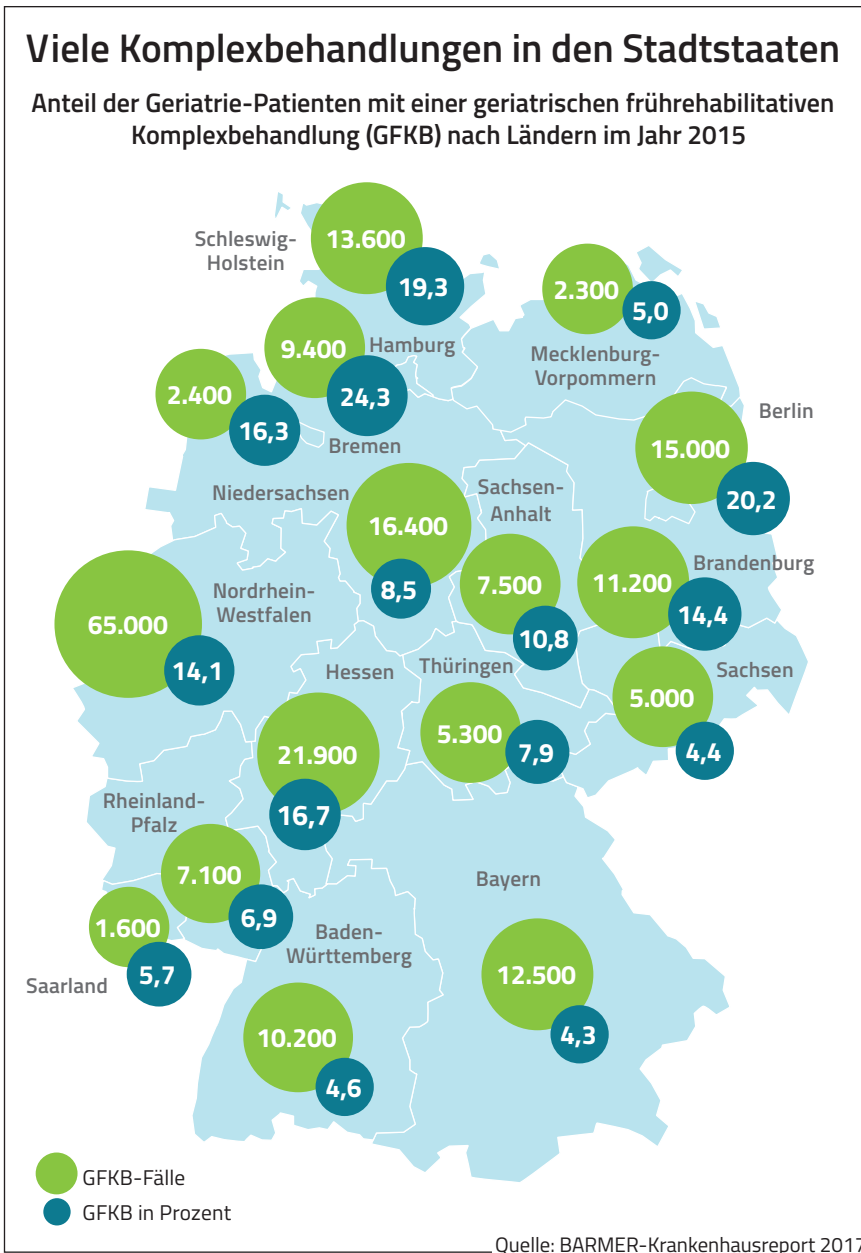
Höchste Krankenhauskosten in Thüringen

Infografik 9

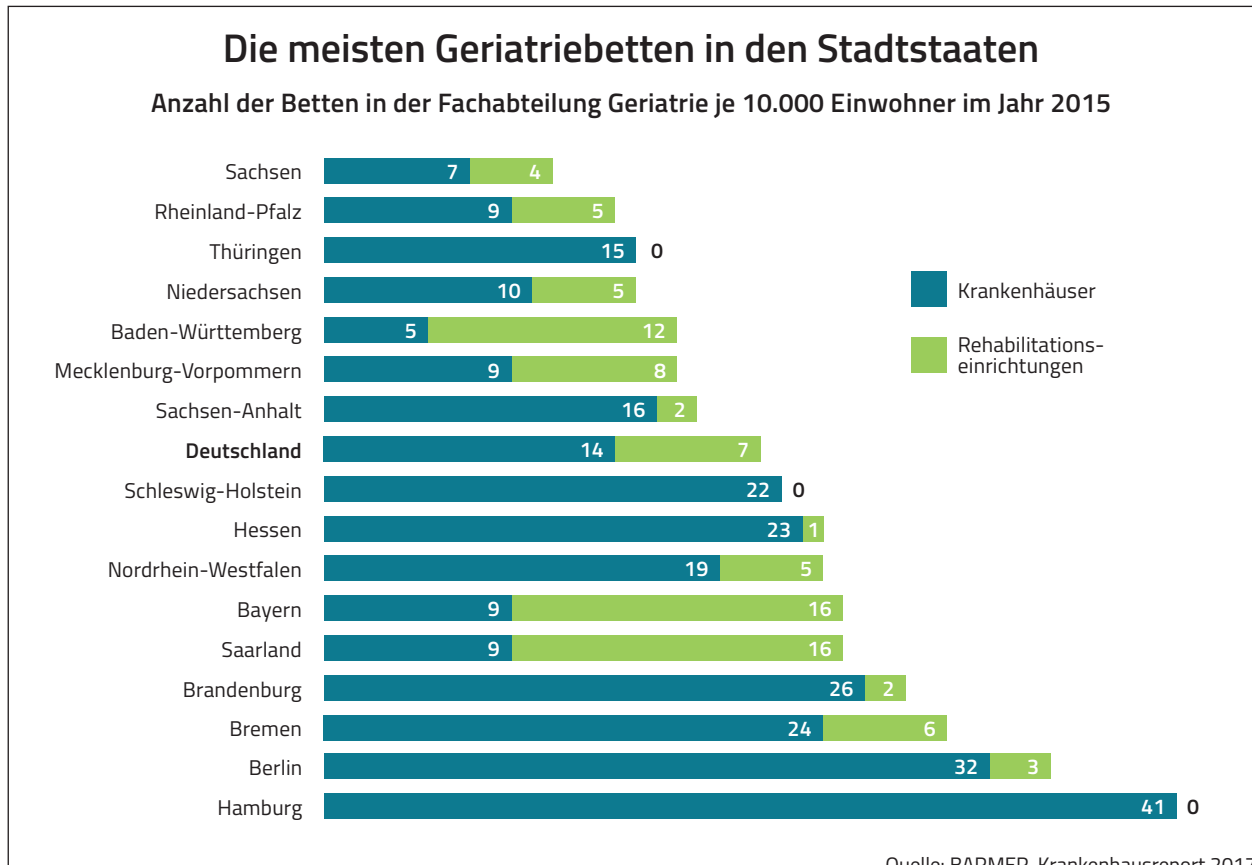
Herz und Psyche bringen Patienten am häufigsten ins Krankenhaus



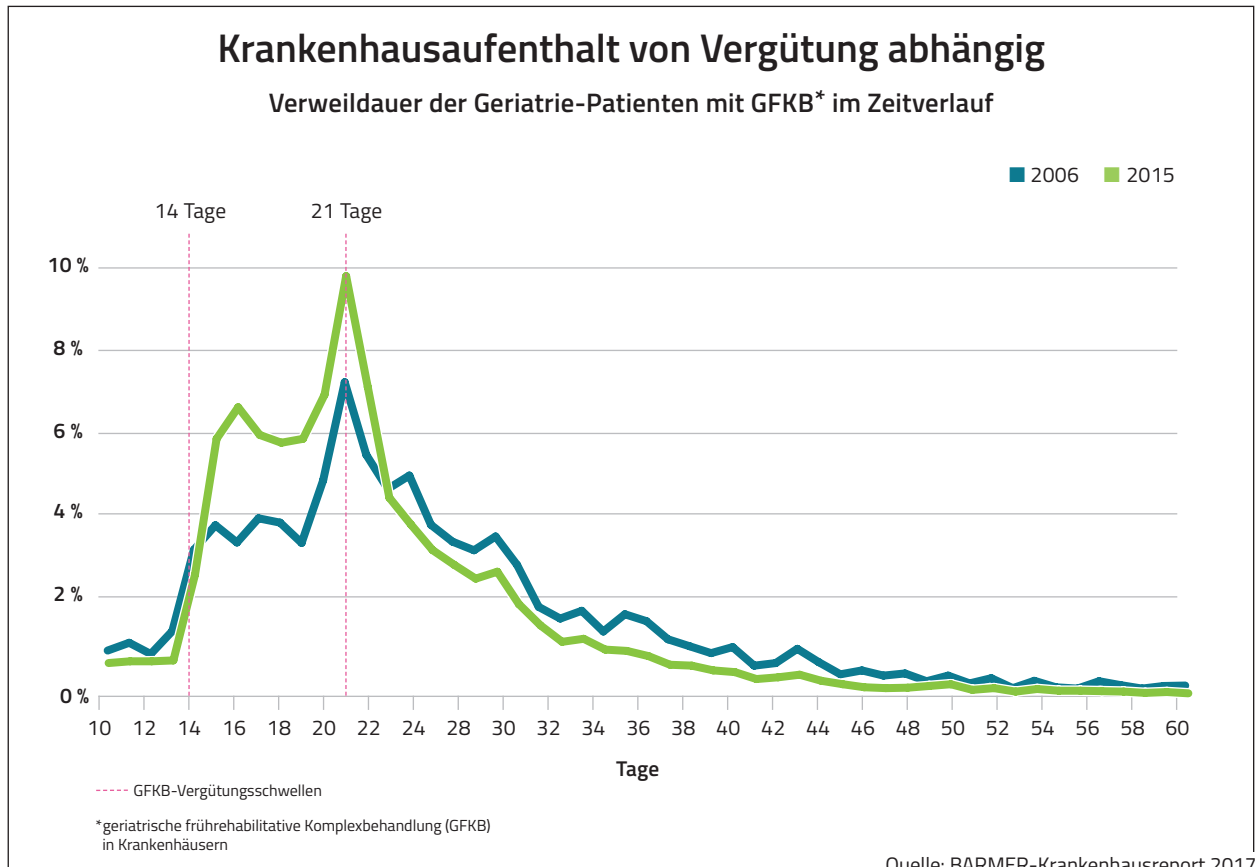
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
 Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
 Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
 (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
 Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
 BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



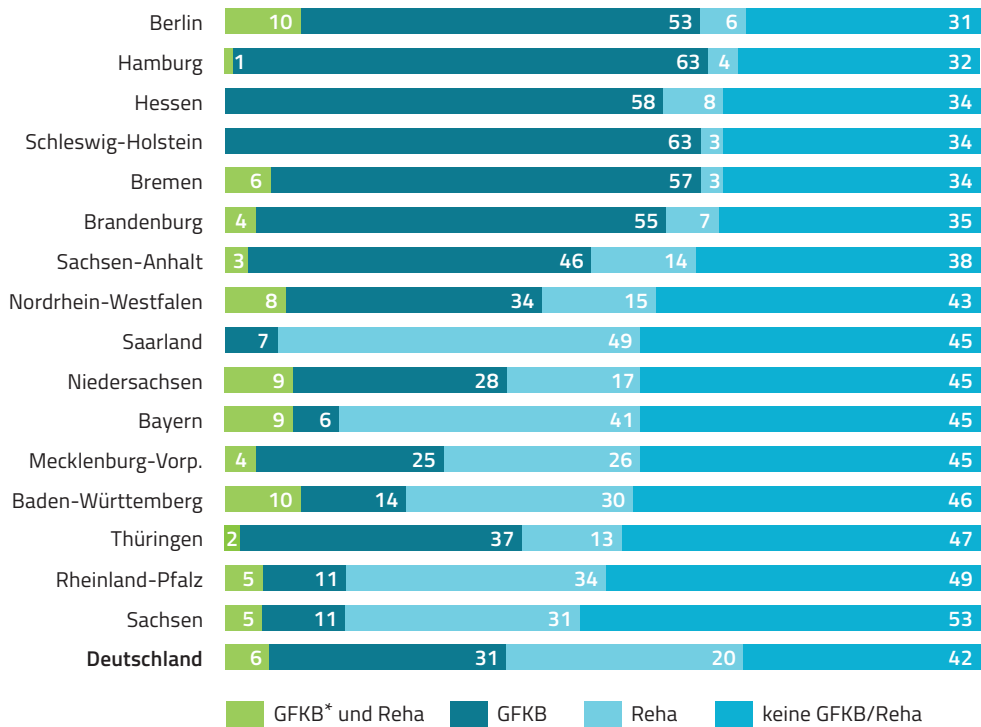
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.

Versorgungskonzepte unterscheiden sich je nach Bundesland

Geriatrische Versorgungsformen nach Oberschenkelhalsbruch im Jahr 2015, in Prozent

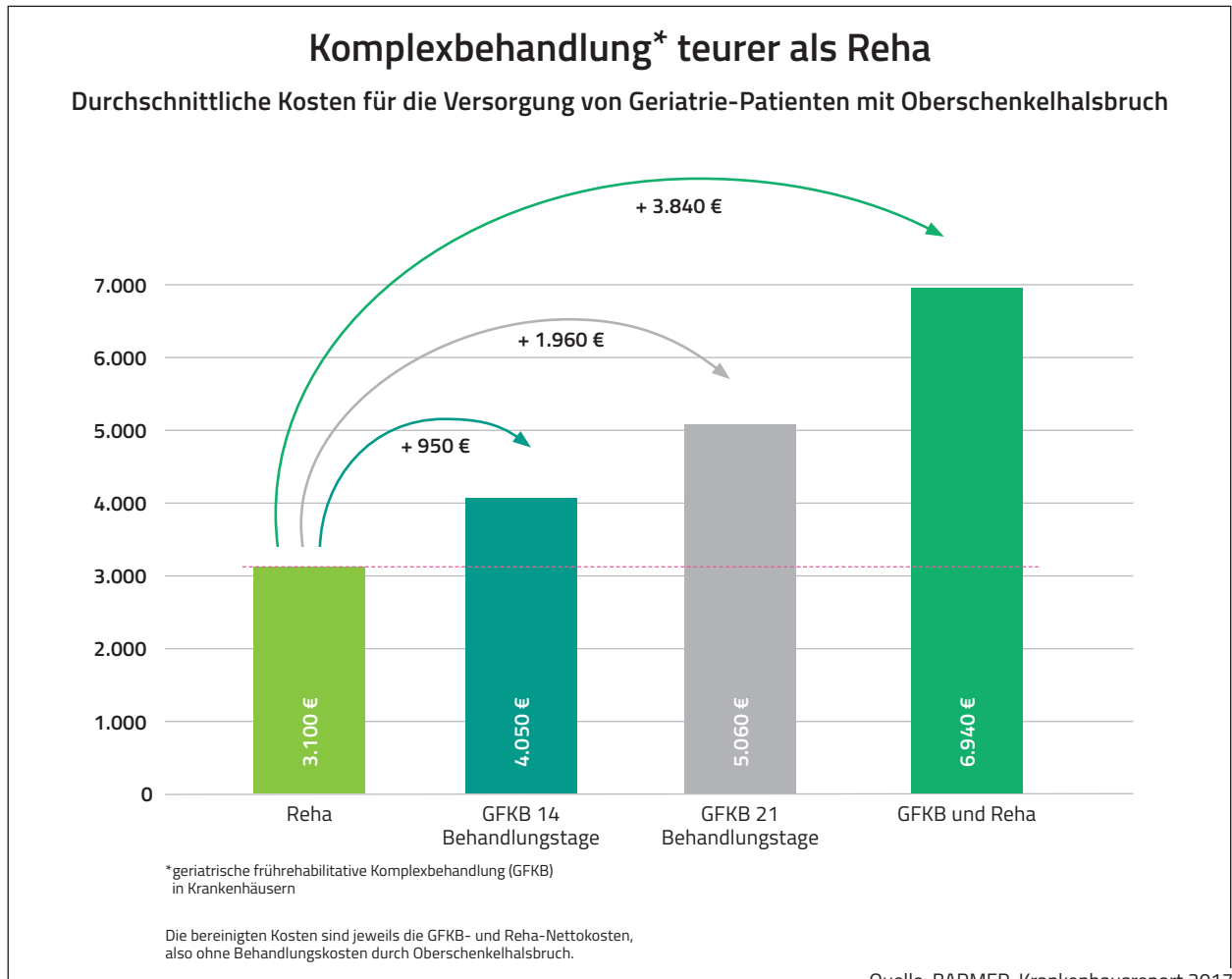


Rundungsdifferenzen: Summe evtl. ≠ 100

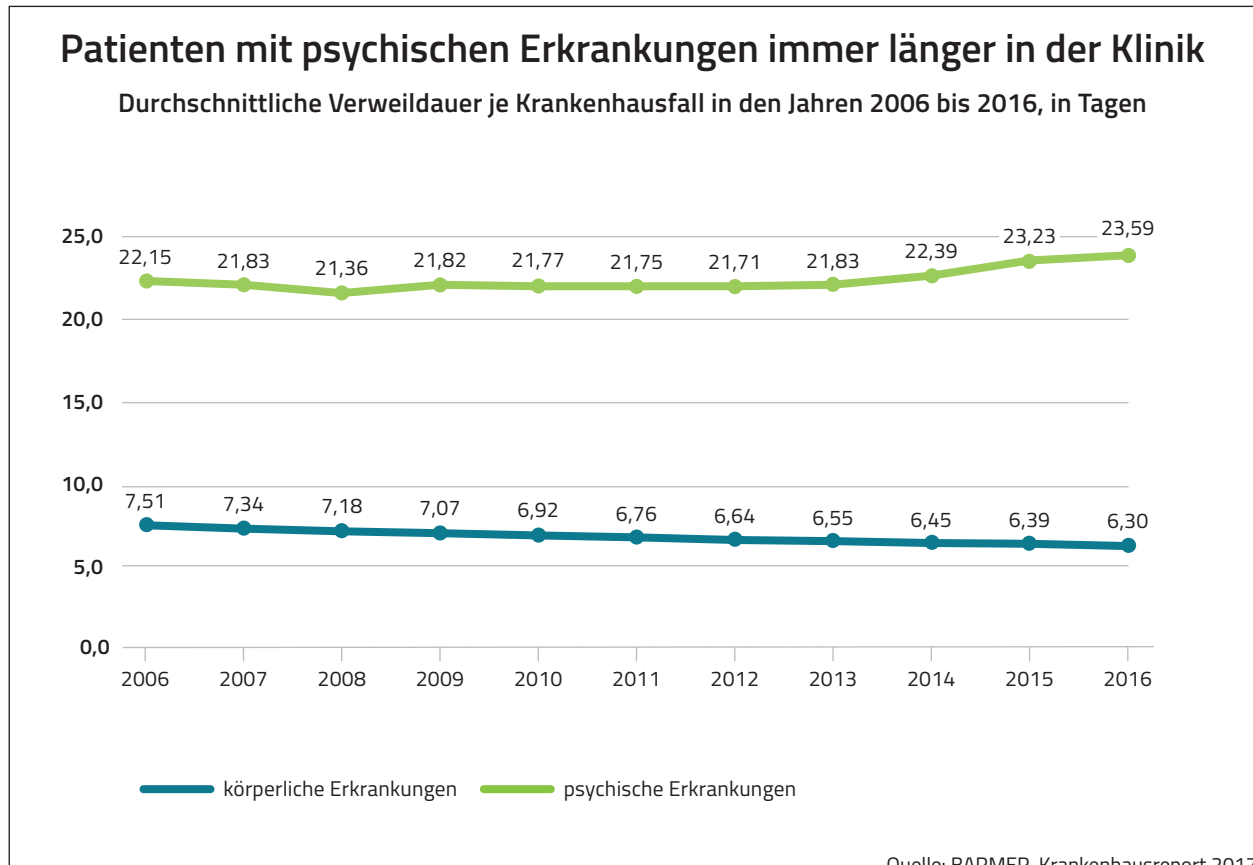
*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (GFKB) in Krankenhäusern

Quelle: BARMER-Krankenhausreport 2017

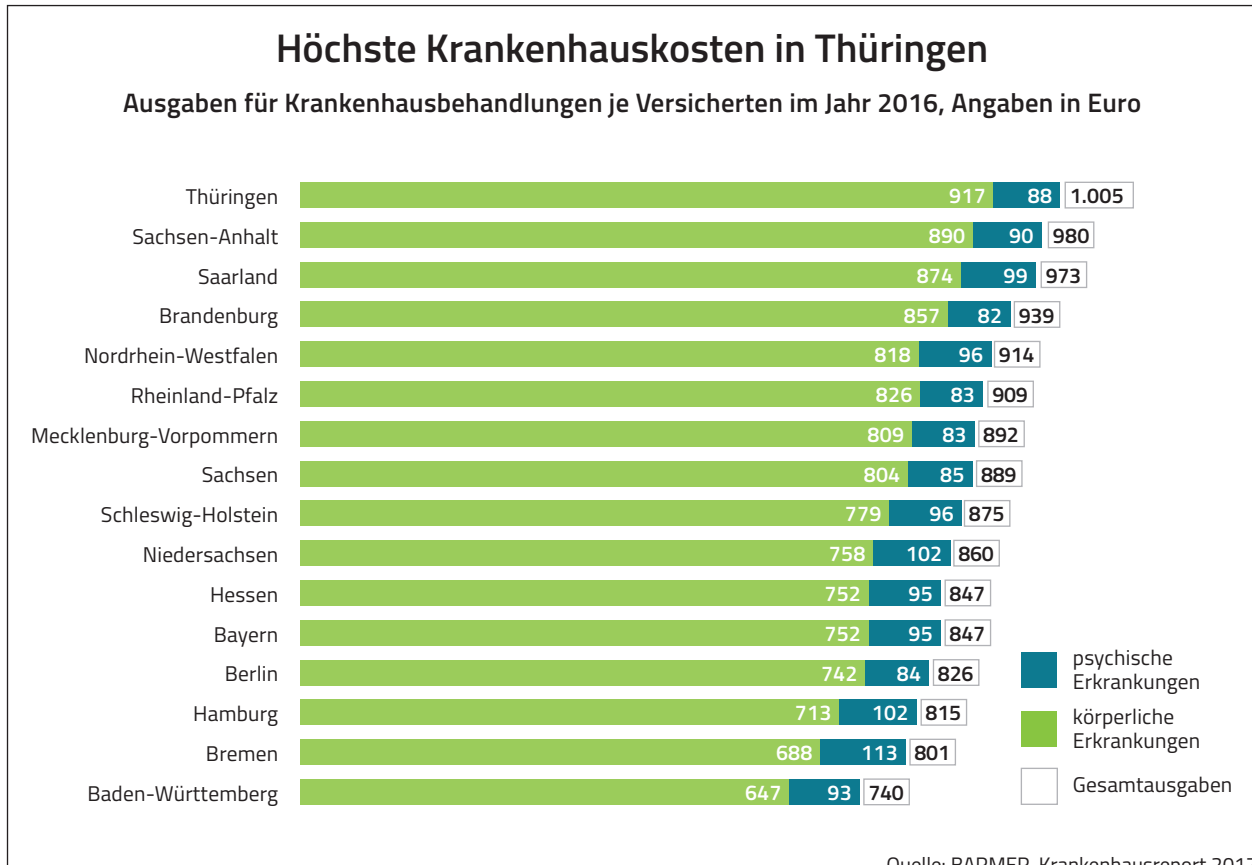
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
 Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
 Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
 (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
 Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
 BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



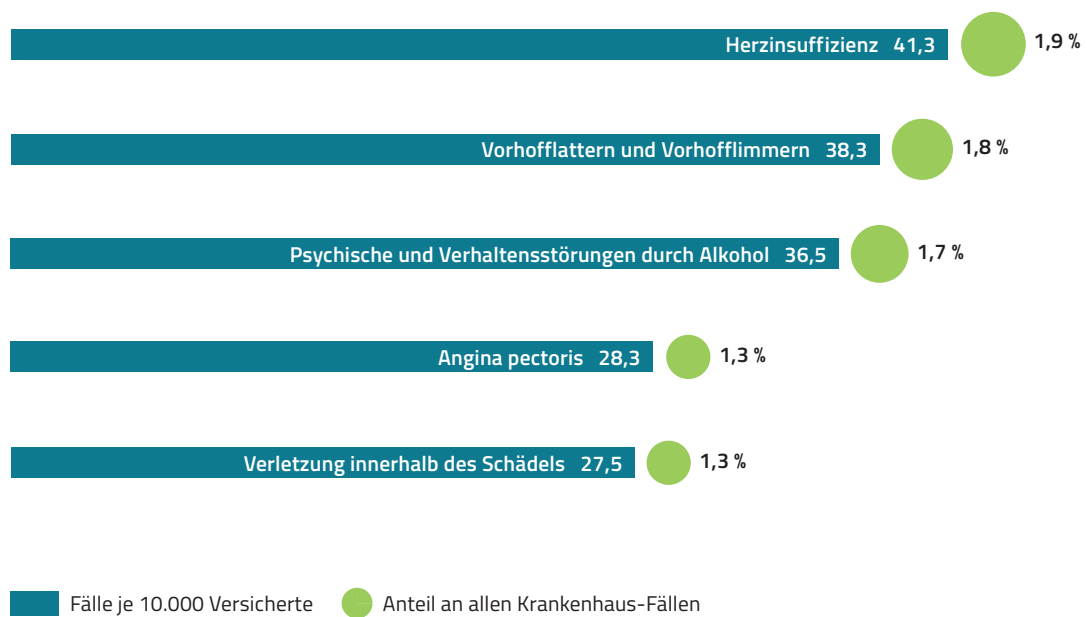
Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.



Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
 Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
 Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
 (E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
 Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
 BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.

Herz und Psyche bringen Patienten am häufigsten ins Krankenhaus

Die wichtigsten Diagnosen, die im Jahr 2016 zu Krankenhausaufenthalten führten



Quelle: BARMER-Krankenhausreport 2017

Infografik (PDF, 300 dpi) zur honorarfreien Verwendung.
Als JPG-Datei (300 dpi) downloadbar unter www.barmer.de/p006634.
Auch als editierbare Indesign-CS6-Markup-Datei erhältlich
(E-Mail an: andreas.grosse-stoltenberg@barmer.de oder sigrid.paul@barmer.de).
Bei Veröffentlichung in Printmedien Belegexemplar erbeten an:
BARMER, Abt. Unternehmenskommunikation, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin.