

Akutstationärer Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten (Sekundäre Fehlbelegung)

Präambel

Die zunehmende Zahl von Fallprüfungen bzgl. der Frage, ob an einem bestimmten Tag bzw. am Ende der stationären Krankenhausbehandlung akutstationärer Behandlungsbedarf (sog. sekundäre Fehlbelegung) besteht bzw. bestand, macht es erforderlich, Parameter für die Fortführung der stationären Krankenhausbehandlung (einschließlich Weiterbehandlung eines Patienten bei Verlegung aus einem anderen Krankenhaus) festzulegen.

Medizinische Behandlung ist individuell, insofern, als dass jeder Mensch neben der Gesundheitsstörung seine persönliche Vorgeschichte und seine einmalige körperliche, seelische und soziale Konstitution mitbringt. Gleichwohl erfolgt die Behandlung nach Regeln, basierend auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft. Behandlungen zu Lasten der Krankenversicherung sind zudem versorgungsrechtlichen Vorgaben unterworfen. Für die nachvollziehbare Überprüfung medizinischer Behandlungen sind daher möglichst klare Kriterien anzustreben. Aus dem Vorgenannten ergibt sich, dass diese Kriterien notwendigerweise nicht alle individuellen Besonderheiten abbilden können. Sie können jedoch als Richtschnur dienen und helfen, nachgelagerte Beurteilungen möglichst fair und transparent zu gestalten.

Geriatrische Patienten definieren sich nicht primär über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern auch über charakteristische Merkmale eines vorgealterten Organismus („biologisches Alter“). Die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) sowie der Bundesverband Geriatrie e.V. (vormals Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.) haben daher als gemeinsame Grundlage geriatrischen Handelns in Deutschland folgende Definition erarbeitet:

Definition des geriatrischen Patienten¹

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

oder durch

- Alter 80+

aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen

¹ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und Bundesverband Geriatrie 2008
Kriterien akutstationärer Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten 2017

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Ebenso sollte für die Beurteilung eines weiterhin bestehenden akutstationären Behandlungsbedarfs die **Definition des Fachgebiets Geriatrie** der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS)² Berücksichtigung finden. Hier wird u.a. ausgeführt:

„Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.“

Bei geriatrischen Patienten im Sinne der o. g. Definitionen führen Störungen in einem Organsystem typischerweise zu Beeinträchtigungen der Kognition, der Emotion, der Kommunikation, der Mobilität und Selbsthilfefähigkeit (in summa der Alltagskompetenz), die auch stets im biopsychosozialen Kontext zu bewerten sind. Der Heilungsverlauf stellt sich hierbei nicht linear dar, sondern mit Schwankungen. Die Besserung der Organsymptome und die der funktionellen Defizite verlaufen oft nicht zeitgleich. Häufig ist eine verzögerte Besserung der funktionellen Defizite bezüglich der Selbsthilfefähigkeit und Mobilität im Vergleich zum ursächlichen Krankheitsgeschehen zu verzeichnen. Zusätzlich ist die soziale Anpassungsfähigkeit geriatrischer Patienten aufgrund der bestehenden Multimorbidität eingeschränkt.

Dies ist bei der Beurteilung des akutstationären Behandlungsbedarfs neben den somatischen/organischen Kriterien gleichrangig zu berücksichtigen. Daher ist im Rahmen der Beurteilung des akutstationären Behandlungsbedarfs eine Betrachtung einzelner Tage in der Geriatrie weder fach- noch sachgerecht, weil nach Besserung der Organsymptomatik häufig ein über die Tagessicht hinaus gehender Zeitraum für die endgültige Umsetzung der Therapieziele des multidisziplinären Teams - gemäß des frührehabilitativen Behandlungsauftrags im Rahmen der Krankenhausbehandlung - benötigt wird.

Mit Blick auf die Besonderheiten geriatrischer Patienten und der Logik des OPS 8-550 folgend, sollte es ausreichend sein, die Einschätzung, ob akutstationärer Behandlungsbedarf vorliegt, wochenbezogen vorzunehmen. Als eine essentielle Mindestvorgabe für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist die wochenbezogene Betrachtung und Dokumentation von Behandlungszielen und -ergebnissen etabliert. Daher ist es sinnwidrig, diese wochenbezogene Dokumentation durch eine tageweise Betrachtung des

² Akzeptiert in Kopenhagen am 06.09.2008

akutstationären Behandlungsbedarfs zu entwerfen. Vielmehr hat sich eine wochenbezogene Sicht etabliert, innerhalb derer ein Fortbestehen des akutstationären Behandlungsbedarfs nicht ausgeschlossen werden darf.

Das Versorgungsrecht trennt die medizinische Behandlung in Akut- und Rehabilitationsmedizin. Diese sozialrechtlich starre Trennung kann für geriatrische Patienten oftmals nicht nachvollzogen werden, deren Behandlung typischerweise nicht linear verläuft, sondern durch interkurrente Komplikationen gekennzeichnet ist.

Die nachfolgenden Kriterien dienen der Definition eines weiterhin bestehenden akutstationären Behandlungsbedarfs mit Blick auf die bundeslandspezifische Ausgestaltung der fachspezifischen geriatrischen Versorgung.

Kriterien akutstationärer Behandlungsbedarf geriatrischer Patienten

Mit Blick auf die o.g. Definition wird deutlich, dass bei der Anwendung dieser medizinischen Kriterien die geriatricspezifische Individualität der Patienten Beachtung finden muss, sodass - in medizinisch begründeten Einzelfällen von diesen aufgeführten Kriterien abgewichen werden muss. Des Weiteren sind Messwerte nach klinischer Relevanz im Kontext der Multimorbidität individuell zu berücksichtigen.

Kategorie I: Schwere der Erkrankung / Komorbiditäten

Aus den nachfolgend angeführten Zustandskriterien ergeben sich medizinische Maßnahmen.

- Störungen von Atmung und/oder Herz-Kreislauf:
 - o Akute oder progrediente kardiale, zirkulatorische und/oder respiratorische Störungen
- Dekompensierte Stoffwechselsituation, z.B.:
 - o Diabetische Stoffwechselentgleisung
 - o Elektrolyt-Entgleisung,
 - o Entgleisung harnpflichtiger Substanzen
 - o Exsikkose,
 - o Hormonelle Entgleisungen mit klinischer Relevanz
 - o Protein- insbes. Albuminmangel
- Störung der Nahrungsaufnahme, z.B.
 - o Dysphagie mit Aspirationsgefahr
 - o Nicht gesicherte Ernährung
- Anhaltendes oder intermittierendes Fieber
- Infektionen
- Diarrhoe
- Miktionsstörungen
- Subileus/Ileus
- Bewusstseinsstörung oder Verwirrheitszustand
- Neurologische Symptomatik, z.B.:
 - o Akute oder progrediente Lähmung
- Akuter Schmerz oder Exazerbation chronischer Schmerzen

- Akute/subakute Blutung und/oder interventionsbedürftiger HB-Abfall oder sonstige interventionsrelevante hämatologische Störungen
- unklare akute AZ-Verschlechterung
- Stürze und Sturzfolgen (z.B. Prellungen, Frakturen, Commotio)
- Demenz, Delir, Depression und andere affektive Störungen

Kategorie II: Intensität / Komplexität der Behandlung

Die nachfolgend angeführten Maßnahmen resultieren aus einer akuten Änderung des klinischen Zustandsbildes des Patienten und rechtfertigen aufgrund ihrer Intensität bzw. Komplexität die weitere akutstationäre Behandlung:

- Notwendigkeit der engmaschigen Überwachung der Vitalzeichen, mind. 6-stündlich, z.B. mittels Monitor
- Überwachungsbedarf z.B. klinisch, apparativ (z.B. Laborparameter, Vitalparameter) bis zu 3 Tagen nach Medikationseinleitung/Medikationsänderung
- Notwendigkeit diagnostischer und/oder therapeutischen Maßnahmen bei geriatrischen Syndromen u./o. bereits bekannter anhaltender Verschlechterung im ambulanten Bereich, z.B. Immobilität/Instabilität, Sturzneigung, Schwindel, Gangstörung, Demenz, Depression, affektive Störungen, Fehl- und Mangelernährung, Inkontinenz
- Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender parenteraler Medikation, Flüssigkeitsgabe oder Ernährung
- Komplexes Wundmanagement
- Notwendigkeit eines multimodalen Therapiekonzeptes, das unter ambulanten oder teilstationären Bedingungen nicht erreichbar ist.

Kategorie III: Eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit und fehlende soziale Kompensation

Eine eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit bzw. eine fehlende soziale Kompensation können ebenso wie die Schwere der Erkrankung oder die Intensität/Komplexität der Behandlung beim geriatrischen Patienten ein Grund für einen weiterhin bestehenden akutstationären Behandlungsbedarf sein. Die hier genannten Kriterien müssen unter der realistischen Einschätzung einer noch gegebenen Prognose einer Verbesserungsmöglichkeit interpretiert werden. Hierbei muss ein klares, für den Patienten alltagsrelevantes Therapieziel im Kontext seines persönlichen sozialen Umfelds ersichtlich sein, das geeignet ist, entweder die Autonomie teilweise oder vollständig wieder herzustellen oder Verbesserungen zu erzielen, die die Versorgung und Pflege des Patienten relevant erleichtern und verbessern.

- Selbsthilfefähigkeit, z.B.:
 - noch nicht möglicher selbständiger Transfer auf Toilettenstuhl, Rollstuhl.
 - noch nicht mögliche ausreichende Sitzstabilität
 - noch nicht mögliches selbständiges Essen oder Schlucken
 - noch nicht mögliche selbständige Körperpflege
 - noch nicht möglicher Toilettengang und Miktions-/ Defäkationsvorgang

- Mobilität, z.B.:
 - noch nicht mögliche Mobilität mit Hilfsmittel
 - noch nicht mögliche Mobilität ohne Hilfsmittel
 - noch nicht mögliches Treppensteigen
 - noch nicht mögliche umsetzbare Teilbelastung, z.B. bei einer Fraktur der unteren Extremität

- Entlassplanung:
 - bei Entlassung in eine Privatwohnung oder Umzug in eine institutionalisierte Versorgung inkl. pflegerischer Versorgung und Hilfsmittelversorgung.
 - Wartezeit auf eine Weiterbehandlung/-versorgung bei (sozial-)medizinisch notwendigem nahtlosen Übergang
 - Wartezeit bei fehlender Kapazität in dem Verlegungskrankenhaus, wo dringliche internistische/orthopädische etc. Interventionen oder Diagnostiken durchgeführt werden müssen.

**Kategorie IV:
Sonderfälle**

Konstellationen, die komplexe geriatricspezifische Maßnahmen erfordern um eine Unterbrechung eines sog. „Drehtüreffekts“ (wiederholte Krankenhausaufnahmen in kurzen Zeitintervallen) zu erreichen.