


Geriatric: von Patienten, Bewohnern, Klienten und Fallpauschalen

Daniel Grob^a, Thomas Münzer^b

^aKlinik für Akutgeriatrie, Stadtspital Waid, Zürich, ^bGeriatrische Klinik St. Gallen

Hochbetagte, gebrechliche, polymorbide Patientinnen im Fokus der Medizin

Die Geriatrie der Schweiz hat eine längere Zeit als Randdisziplin der medizinischen Versorgung hinter sich [1], unterstützt und gefördert vor allem von weitsichtigen kommunalen und kantonalen Gesundheitsbehörden. In den letzten Jahren kam es zu einem deutlichen Wandel in der Wahrnehmung der Geriatriekliniken – dies unter dem Einfluss mehrerer Grundlagen: der Entwicklung von wirksamen geriatrischen Assessment- und Managementstrategien [2], der ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften 2004 [3], der Einführung eines neuen Systems der Spitalfinanzierung per 2012 (Swiss-DRG) und natürlich der demografischen Entwicklung. Aktuell werden in vielen Kantonen akutgeriatriische Kliniken aufgebaut oder sind zumindest geplant.

Es gibt einige Besonderheiten, welche die akutgeriatriische Dienstleistung im Spital von jener anderer medizinischer Kliniken unterscheidet: Die Wichtigste betrifft die explizite und bewusste *Spezialisierung auf betagte, gebrechliche und polymorbide Patientinnen und Patienten* (Abb. 1 ). Dies steht in deutlichem Kontrast zu derzeitigen Entwicklungen im Akutbereich, welche unter dem Einfluss der Änderungen der Spitalfinanzierung über diagnosebezogene Fallkostenpauschalen (DRG) zunehmend von eindimensional strukturierten Behandlungsprozeduren geprägt sind.

Welcher Art sind nun die gesundheitlichen Bedürfnisse der speziellen geriatrischen Population, wo liegen die Gefahren (und Chancen) der Neuregelung der Spitalfinanzierung (Swiss-DRG), und was muss getan werden, damit alte und gebrechliche Menschen auch in Zukunft eine adäquate Spitalversorgung erhalten und nicht durch das Netz der Gesundheitsversorgung fallen?

Bedürfnisse geriatrischer Patienten

Grundlegendes Ziel der Behandlung von geriatrischen Patienten ist die Wiedererlangung ihrer Selbständigkeit bei Krankheit oder nach Unfall und damit die Reduktion von Pflege- und Hilfsbedarf. Im Umgang mit alten Menschen erfahrene Ärzte wissen, dass alte, polymorbide und gebrechliche Patientinnen und Patienten eine breite Diagnostik benötigen, um diejenigen somatischen Probleme aufzudecken, welche mit dem (primär schlechten) funktionellen Zustand des Patienten interagieren. Hierzu werden in der Geriatrie gut etablierte Assess-

ment-Prozeduren eingesetzt und bei Bedarf medizinische Subspezialisten beigezogen.

Der Weg zum Behandlungsziel führt aber oft nicht über die Behandlung der «medizinischen Hauptdiagnose», sondern über die Erkennung und Behandlung relevanter somatischer, psychischer oder sozialer Zusatzdiagnosen, wie Delirien, Depression, Isolation, Malnutrition, Infekte, kognitive Probleme (Demenzen!), urologische Probleme (Inkontinenz!) und andere mehr.

Parallel zur medizinischen und pflegerischen Diagnostik und Behandlung gilt es zudem, integriert (früh-)rehabilitative Leistungen anzubieten. Man benötigt hierzu ein interdisziplinäres Team, das die funktionellen Fortschritte des Patienten begleitet, diskutiert, dokumentiert und anpasst. Diagnostische Hausbesuche können eine zusätzliche Hilfe sein, frührehabilitative Ziele zu definieren.

Der alte Mensch und die neue Spitalfinanzierung: Patient, Klient oder Bewohner?

Im Prinzip widerspricht die Änderung der Spitalfinanzierung über diagnosebezogene Fallkostenpauschalen dem ganzheitlichen ärztlichen Handeln. Es besteht eine reale Gefahr, dass alte Patientinnen und Patienten nach kurzer Abklärung und Behandlung des Einweisungsgrundes zu früh aus dem Spital in Pflegeheime verlegt oder zu Hause von der Spitex betreut werden, also in Strukturen, welche die nötigen Voraussetzungen für eine umfassende Abklärung und Frührehabilitation nicht erfüllen können [4]. Der «Patient» (im Spital) kann so innert kurzer Zeit zum «Bewohner» (in Pflegeheimen) oder zum «Klienten» (im Spitex-Bereich) werden. Ein derartiger Wechsel des «Status» führt unweigerlich zu einer Veränderung im Behandlungs- und Betreuungsangebot, auch wenn aus einer holistischen Sicht seine aktuellen gesundheitlichen Probleme weder gelöst noch überhaupt angegangen wurden. Nicht selten werden die komplexen, weil mehrdimensionalen Bedürfnisse alter, polymorbider, gebrechlicher Menschen über die Institutionsgrenzen hinweg nur partiell wahrgenommen.

Im Gegensatz zur Behandlung junger Menschen im Spital besteht für hochbetagte Menschen prinzipiell immer die Alternative «Pflegeheim»: Nicht selten wird von Kostenträgern die Frage gestellt, warum der Patient nicht in einem Pflegeheim betreut werden könne. Die Antwort ist einfach: Jeder Mensch kann in einem Pflegeheim betreut werden, die Frage ist nur, mit welchem Ziel und zu welchem Zweck. Die Gefahr ist nicht von



Daniel Grob



Abbildung 1
Früh-rehabilitativ ausgerichtete Physiotherapie bei gebrechlicher, hochbetagter Spitalpatientin.

der Hand zu weisen, dass unter Fallkostenpauschalen-Finanzierung der Spitäler alte Menschen zu früh, unterdiagnostiziert und unterbehandelt in vermeintlich ökonomisch günstigere Pflegeheime verbracht werden; eine Alternative, die bei jüngeren Patienten kaum je in Betracht gezogen wird. Damit würden die Langzeitpflegekosten weiter und noch schneller als bis anhin steigen – und dies zum Preis von Verlusten in medizinischer und rehabilitativer Behandlungsqualität. Die Türen für Altersrationierung stehen hier weit offen – Spitalärztinnen und -ärzte sind gehalten, Kriterien der Akutspitalbedürftigkeit sorgfältig im Auge zu behalten [5].

DRG und Polymorbidität: nur scheinbar ein Widerspruch

Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallkostenpauschalen (DRG) per 2012 werden die akutspitalgestützten geriatrischen Kliniken der Schweiz wie in Deutschland unter ein neues Finanzierungsmodell fallen.

Geplant ist unter anderem die Einführung einer umfassenden «geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlung», welche Struktur- und Prozess-Standards akutgeriatrischer Spitaldienstleistungen vorgibt. Sie kombiniert die wichtigen Prinzipien der geriatrischen, teambasierten Akutversorgung mit *gleichzeitiger* (Früh-) Rehabilitation, um einem drohenden Funktionsverlust vorzubeugen resp. diesen zu behandeln. Aufgrund unserer Erfahrungen können zwei Drittel der geriatrischen Patienten unmittelbar nach dem Aufenthalt in einer Akutgeriatrie wieder mit Beistand direkt nach Hause entlassen werden. Jene rund 20% der Patienten, die eine langzeitige (oft mehrmonatige), niedrig-intensive rehabilitative Phase benötigen, könnten passager in speziellen Pflegeheimen betreut werden, welche entsprechende Dienstleistungen anbieten.

Die neue Spitalfinanzierung über diagnosebezogene Fallkostenpauschalen scheint ein wesentlicher Motor der Entwicklung spitalgestützter geriatrischer Dienstleistungen (Akutgeriatrien) zu sein. Dies zum Wohl einer kleinen, fragilen Patientengruppe, welche in ihrem Streben nach Autonomie unterstützt wird, und zum Wohl des Gemeinwesens, da mit Hilfe der Akutgeriatrien sichergestellt werden kann, dass das System der Pflegeheime nicht dekompenziert unter der vermutlich zunehmenden Zuweisung von alten Patienten aus den Spitalern mit ungedecktem medizinischem und frührehabilitativem Bedarf.

Korrespondenz:

Dr. med. Daniel Grob MHA
Klinik für Akutgeriatrie
Stadtspital Waid
CH-8037 Zürich
daniel.grob@waid.zuerich.ch

Literatur

- 1 Geser C, Gubler D. Geschichte der klinischen Geriatrie. In: Carigiet E, Grob D. (Hrsg): Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Eigenverlag Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich 2003. Bezug solange Vorrat beim Verfasser.
- 2 Geriatrie: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute? Schweiz Med Forum. 2005;5(51–52):1280–2.
- 3 Schweiz. Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW. Richtlinien zu Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. SAMW. 2004. www.samw.ch.
- 4 Fitzgerald JF: The Care of Elderly Patient with Hip Fracture: Changes since Implementation of the Prospective Payment System N Engl J Med. 1988;319(21):1392–7.
- 5 Akutspitalbedürftigkeit liegt in der Regel vor, wenn eine «plötzlich auftretende, meist heftig verlaufende Gesundheitsstörung eine kurzfristige, intensive ärztliche oder pflegerische Betreuung erfordert. Die Akutphase im Spital dauert in jedem Fall so lange, wie von einer laufenden Behandlung noch eine wesentliche Verbesserung der Gesundheit erwartet werden kann» (aus einem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29.7.08).