



Berlin, Juli 2017

**BUNDESVERBAND  
GERIATRIE**

## **Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie zum BARMER-Krankenhausreport 2017**

Im Juli 2017 präsentierte die BARMER im Rahmen einer Pressekonferenz den durch das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung erstellten BARMER-Krankenhausreport 2017 mit dem Schwerpunktthema Geriatrie. Die Analysen und Ergebnisse des Krankenhausreports und die hervorgerufenen Reaktionen in Presse und Öffentlichkeit nimmt der Bundesverband Geriatrie e.V. zum Anlass zur Publikation dieser Stellungnahme. Zur Beantwortung der versorgungspolitischen Fragen ist der Report nur sehr eingeschränkt geeignet.

- Der BARMER-Krankenhausreport vernachlässigt Unterschiede und Charakteristika von Geriatrie-Fachabteilungen in Krankenhäusern und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, ihren Patienten und deren individuellen Behandlungsbedarfen.
- Der Krankenhausreport basiert offensichtlich auf einer Vermengung von geriatrischen und orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen und ignoriert so die medizinische Eigenständigkeit der Geriatrie.
- Die Kostenaufschlüsselung des Reports ist hinsichtlich der Kosten geriatrischer Rehabilitationen und der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFKB) unzureichend und nicht transparent.
- Die in dem Report konstatierte hohe Fallzahlsteigerung in der Geriatrie von 60 Prozent zwischen 2005 und 2014 wird als Indiz interpretiert, dass „zu schnell eine GFKB durchgeführt wird“.
- Der Report ist hinsichtlich der Zunahme von Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die GFKB irreführend.
- Der Krankenhausreport ist darüber hinaus nicht frei von Fehlern und enthält methodische Schwächen, mindestens Ungenauigkeiten.

---

**Der BARMER-Krankenhausreport vernachlässigt Unterschiede und Charakteristika von Geriatrie-Fachabteilungen in Krankenhäusern und geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen, ihren Patienten und deren individuellen Behandlungsbedarfen.**

Es handelt sich um zwei im Sozialgesetzbuch V separat geregelte Leistungen (§§ 39/40). Auf diese hat jeder Versicherte bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit einen jeweils eigenständigen und voneinander unabhängigen Rechtsanspruch.

Tatsächlich sind die Unterschiede zwischen geriatrischen Rehabilitationskliniken und Krankenhausfachabteilungen der Geriatrie nicht ausschließlich struktureller Art. Beide Versorgungszweige unterscheiden sich unabhängig von ihren historisch gewachsenen und „bundeslandspezifischen Faktoren“ (Seite 167) regelmäßig auch hinsichtlich ihrer Patientenklientel, medizinischen Indikationen, Krankheitsverläufen, Verweildauern und damit auch der diagnostischen und medizinischen Ausstattung in den Einrichtungen.

Diese mangelnde Trennschärfe zeigt sich im BARMER-Krankenhausreport an verschiedenen Stellen und setzt sich fort unter anderem in den Abbildungen zur „Erreichbarkeit von Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen mit Behandlung von Geriatriepatienten mit Oberschenkelhalsbruch“.

**Der Krankenhausreport basiert offensichtlich auf einer Vermengung von geriatrischen und orthopädischen Rehabilitationseinrichtungen und ignoriert so die medizinische Eigenständigkeit der Geriatrie.**

Trotz des Hinweises (Fußnote Seite 167), dass eine Unterscheidung zwischen orthopädischer und geriatrischer Rehabilitation auf Grundlage der vorliegenden Daten nicht möglich ist, ruft die Lektüre des Reports konsequent den Eindruck hervor, es würden ausschließlich geriatrische Rehabilitationseinrichtungen betrachtet. So sind in Abbildung 3.17 C (Seite 88) offensichtlich sowohl orthopädische als auch geriatrische Rehabilitationseinrichtungen dargestellt. Tatsächlich stellt sich die Verteilung der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen grundlegend anders dar. Um ein realistisches Bild des Angebots an geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen und ihrer Erreichbarkeit zu zeichnen, ist diese Darstellung ungeeignet. Dem Report fehlt somit die sachlich-richtige Trennung dieser beiden indikationsspezifischen Bereiche.

**Die Kostenaufschlüsselung des Reports ist hinsichtlich der Kosten geriatrischer Rehabilitationen und der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFKB) unzureichend und nicht transparent.**

Der Krankenhausreport kommt zu dem Schluss, dass die Gesamtkosten einer GFKB-Behandlung durchschnittlich um rund 1.000 Euro über denen einer Rehabilitationsbehandlung liegen (Seite 203).

Ausgehend von den aktuellen Vergütungssätzen und den üblichen Behandlungsdauern bei geriatrischen Rehabilitationen drängt sich der Verdacht auf, dass hier Vergütungssätze aus dem Bereich der orthopädischen Rehabilitation (und damit tendenziell niedrigere Tagessätze als in der Geriatrie) der Kalkulation zugrunde gelegt wurden.

Aussagen, auf welcher Datengrundlage die angenommenen Vergütungssätze für die geriatrische Rehabilitation bzw. orthopädische Rehabilitation beruhen oder gar Angaben der zur Kalkulation verwendeten Zahlen werden nicht getroffen.

Die Datengrundlage für die differenzierte Analyse der dargestellten Kosten der verschiedenen GFKB im Krankenhausbereich bleibt der Autor ebenso schuldig. Dies insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass keine unterschiedliche Vergütung für eine mind. 14-tägige oder mind. 21-tägige GFKB erfolgt.

So setzt sich die aus Sicht des Bundesverbandes Geriatrie unzulässige Vermengung zweier unterschiedlicher Versorgungsformen für unterschiedliche Patientenklientel mit unterschiedlichen Indikationen auch bei der Kostenkalkulation fort. Damit ist die Kostenkalkulation nicht nur intransparent und kaum nachzuvollziehen, letztlich beruht diese damit auf falschen Annahmen und Zahlen.

Somit sind die getroffenen Aussagen vollkommen intransparent und können nicht nachgeprüft werden. Eine objektive Aussagekraft ist damit nicht gegeben.

Auch in diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass (potenzielle) Patienten einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung sich von denen, die eine GFKB in Anspruch nehmen, regelmäßig hinsichtlich ihrer Diagnosen, Krankheitsbilder und -verläufe unterscheiden – ungeachtet aller Inhomogenität in der geriatrischen Versorgungslandschaft. So ist auch zu hinterfragen, inwieweit ein Kostenvergleich der beiden zentralen Versorgungszweige in der Geriatrie zielführend ist – bei bestehendem Rechtsanspruch des Patienten auf beide Leistungen. Die in dem Report konstatierte hohe Fallzahlsteigerung in der Geriatrie von 60 Prozent zwischen 2005 und 2014 wird als Indiz interpretiert, dass „zu schnell eine GFKB durchgeführt wird“ (Seite 21).

Die Gründe für diese Fallzahlsteigerung liegen auf der Hand: Die GFKB ist im Rahmen der Einführung des DRG-Systems als Behandlungsprozedur (OPS 8-550.x) entwickelt und als abrechnungs- und vergütungsfähig im Entgeltsystem installiert worden. Damit wurde ein zuvor nicht-existentes Angebot versorgungsrechtlich etabliert und fachlich ausgestaltet. Dass hierauf eine Steigerung der Fallzahlen folgt, einhergehend mit einem Auf- und Ausbau von Krankenhausfachabteilungen darf – auch angesichts des demografischen Wandels – nicht überraschen, sondern ist vielmehr immanent durch das DRG-Entgeltsystem zu begründen. Die Fallzahlentwicklungen in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen lässt der Krankenhausreport überdies unbeachtet.

Das Phänomen kontinuierlich hoher Fallzahlsteigerungen im zeitlichen Verlauf ist auch aus anderen Fachdisziplinen bekannt: So stieg etwa die Fallzahl der Palliativmedizinischen Komplexbehandlung in den Jahren 2007 bis 2015 von 16.400 auf 63.300, mithin ein Anstieg auf ca. 380 Prozent. Der Krankenhausreport konstatiert einen Anstieg der GFKB-Behandlungen in der Gruppe der Geriatriepatienten mit Oberschenkelhalsbruch von 18 auf 37 Prozent im Zeit-

raum 2006 bis 2015. Einen offensichtlichen Grund hierfür nennt der Report selbst – zeitgleich stieg auch die Gruppe der Geriatriepatienten mit Oberschenkelhalsbruch, „im Zeitraum 2006 bis 2015 von 44.400 auf über 60.200..., was einem Anstieg von 35 Prozent entspricht“ (Seite 17).

In Abbildung 3.2 (Seite 58) präsentiert der Report zu Recht „Wichtige Meilensteine in der Entwicklung der Geriatrie“ - so auch die DRG-Einführung mit Vergütung frührehabilitativer Leistungen im Jahr 2004. Deren Grundstein wurde mit der Ergänzung des § 39 SGB V um die Frührehabilitation gelegt.

Ergänzen ließe sich diese Abbildung durch zahlreiche weitere „Meilensteine“, etwa durch die Einrichtung des Geriatriischen Versorgungsverbundes, Angebote in der Fort- und Weiterbildung bis hin zum Facharzt Innere Medizin und Geriatrie oder die Erarbeitung anspruchsvoller Geriatriekonzepte in den Bundesländern. All diese Maßnahmen und Initiativen sind Ausdruck einer kontinuierlichen Weiterentwicklung der Geriatrie – die ohne einen tatsächlich existenten Versorgungsbedarf geriatrischer Patienten in dieser Form kaum möglich gewesen wäre.

Letztlich verweist der Report auf „unter anderem mit dem Krankenhausstrukturgesetz, den Pflegestärkungsgesetzen und dem Innovationsfonds“ auf den Weg gebrachte „Gesetze und Impulse,... die die Bedeutung der Geriatrie und der Pflege in Deutschland zukünftig weiter erhöhen werden“ (Seite 55). Hier sind auch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und das Bundesteilhabegesetz zu nennen. Der Bundesverband Geriatrie interpretiert diese und andere Initiativen als konkrete Aufträge des Gesetzgebers und als Beleg für die politisch und gesamtgesellschaftlich erkannte Notwendigkeit, die geriatrispezifischen Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht auszubauen und weiterzuentwickeln.

Vor diesem Hintergrund angesichts steigender Fallzahlen auf eine womöglich künstlich generierte Nachfrage und eine Überversorgung zu schließen, kann der fachlich-inhaltlichen Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte, der medizinischen Relevanz der Geriatrie, der versorgungspolitischen Bedeutung, der Pflicht zur Teilhabesicherung und den gegebenen Versorgungserfordernissen sicher nicht gerecht werden.

### **Der Report ist hinsichtlich der Zunahme von Pflegebedürftigkeit im Anschluss an die GFKB irreführend.**

Die Autoren unterstellen einen kausalen Zusammenhang zwischen der GFKB-Behandlung und dem Eintreten von Pflegebedürftigkeit geriatrischer Patienten (Seite 177). Dies legt den Schluss nahe, dass die GFKB ursächlich ist für eine sich anschließende Pflegebedürftigkeit. Die Folgerung, dass besonders häufig „Patienten, die zuvor nicht pflegebedürftig gewesen sind, nach der Behandlung pflegebedürftig“ werden (Seite 179), greift sicher deutlich zu kurz. Allein die Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Rahmen einer GFKB kann nicht generell bedeuteten, dass vor der Behandlung keine Pflegebedürftigkeit des Patienten vorlag. Vielmehr ist anzunehmen, dass diese Zunahme Folge der konsequent angewendeten geriatrischen Assessment-Instrumente als elementarer Bestandteil einer GFKB ist und so bereits

bestehende Defizite und eine Pflegebedürftigkeit des Patienten im Rahmen der GFKB überhaupt erst festgestellt werden.

So richtet sich die GFKB an Patienten, bei denen über einen akutmedizinischen Behandlungsbedarf hinaus altersbedingte Einschränkungen oder Erkrankungen vorliegen. Insofern kann auch der Befund des Reports, dass Patienten, die eine GFKB erhalten tendenziell „kränker“ (Seite 175) sind als solche, die in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung behandelt werden, nicht überraschen.

Der BARMER-Krankenhausreport identifiziert die Diagnose Oberschenkelhalsbruch als die häufigste Hauptdiagnose geriatrischer Patienten, zudem ist die Diagnose Oberschenkelhalsbruch „eine der häufigsten Todesursachen von Menschen höheren Alters und geht häufig mit erheblichen Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens oder gar dauerhafter Pflegebedürftigkeit einher“ (Seite 209). Insofern ist auch der Schluss von der exemplarisch betrachteten Indikation „Oberschenkelhalsbruch“ auf die Grundgesamtheit geriatrischer Patienten problematisch und kann den komplexen Krankheitsbildern und patientenindividuellen Behandlungsbedarfen in der Geriatrie kaum gerecht werden.

**Der Krankenhausreport ist darüber hinaus nicht frei von Fehlern und enthält methodische Schwächen, mindestens Ungenauigkeiten. Beispielhaft seien dafür folgende Punkte genannt:**

- Funktionszustände des Patienten bleiben als Outcome-Kriterien unberücksichtigt. Inwieweit im Zusammenhang mit den verwendeten Outcome-Kriterien eine Risikoadjustierung erfolgte, ist für den Leser zumindest nicht nachvollziehbar.
- Eine Definition des Begriffs „fallabschließend“ (Seite 98) bleibt der Autor schuldig.
- Die Karte in Abbildung 3.46 (Seite 149) ist offensichtlich falsch eingefärbt bzw. die Beschriftung in der Legende vertauscht.
- In Abbildung 3.43 (Seite 144) sind Fachabteilungen bei der Entlassung aufgeführt, unklar ist, ob hier Verlegungen zu anderen Stationen berücksichtigt sind.

**In der Summe dieser Ergebnisse und insbesondere durch die daraus abgeleiteten Schlüsse ist die Aussagekraft des Krankenhausreports 2017 in Frage zu stellen. Eine an vielen Stellen nichtdifferenzierte Betrachtung, das Ignorieren politischer, gesetzgeberischer und demografischer Rahmenbedingungen, den Spezifika geriatrischer Patienten und ihrer Behandlung und nicht zuletzt fehlende Transparenz bei der Kostenberechnung führen zu Schlussfolgerungen, die mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf und dem bestehenden -angebot wie auch der Finanzierungssituation nicht zu vereinbaren sind.**

**Insbesondere die im Rahmen der Pressekonferenz getroffene Aussage, dass „ältere Patienten in Deutschland nicht optimal versorgt“ werden, lässt sich durch den Krankenhausreport nicht belegen. Der Report benennt sogar viele der ent-**

scheidenden Aspekte, die diese Aussage widerlegen, jedoch letztlich unberücksichtigt bleiben.

Der Bundesverband Geriatrie begrüßt ausdrücklich, dass sich eine Krankenkasse mit dem Thema Geriatrie intensiv auseinandersetzt. Gleichwohl wäre es gerade von der zweitgrößten deutschen Krankenkasse und einem renommierten Wirtschaftsforschungsinstitut zu erwarten gewesen, dass insbesondere die Aussagen zu Kostenaspekten im Report transparent dargelegt werden. Zudem hätte man eine sachgerechte und stärker indikationsspezifische Analyse erwarten dürfen, sodass die aufgezeigten Fehler vermeidbar und die für die Geriatrie getroffenen Bewertungen angemessen gewesen wären.

Bundesverbandes Geriatrie e.V.  
Reinickendorfer Straße  
13347 Berlin  
Tel.: 030 / 3398876 - 10  
[www.bv-geriatrie.de](http://www.bv-geriatrie.de)