

Krankenhausaufnahmekriterien geriatrischer Patienten (Primäre Fehlbelegung)

Präambel

Leistungen, die ein Krankenhaus erbringt, müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V). Ergänzend ist zu beachten, dass nur dann ein Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus besteht, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 SGB V). Die Notwendigkeit stationärer Krankenhausbehandlung ist anhand von medizinischen Kriterien festzustellen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatten sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kriterien (G-AEP) zur Überprüfung von Fehlbelegungen im Rahmen der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung gem. § 17c Abs. 4 Satz 9 KHG verständigt. Es ist zu beachten, dass diese Kriterien, als bundesweit einheitliche Grundlage, fest mit dem Prüfverfahren gemäß § 17c Abs. 4, Satz 9 KHG (alte Fassung) verbunden waren und ausschließlich der Überprüfung der primären – und nicht sekundären – Fehlbelegung bei akuten Erkrankungen dienen.¹ Allerdings sind die G-AEP-Kriterien weiterhin Bestandteil des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V (AOP-Vertrag) und sind somit weiterhin wesentlich für die Entscheidung, ob eine Krankenhausbehandlung ambulant oder stationär erbracht wird.²

Für die vollstationäre geriatrische Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V hat sich gezeigt, dass diese G-AEP-Kriterien allein nicht ausreichend sind, geriatritypische vollstationäre Behandlungsnotwendigkeiten angemessen abzubilden, sodass mit Blick auf die Besonderheiten der geriatrischen Patienten spezifisch geriatrische Krankenhausaufnahmekriterien erforderlich sind.

Geriatrische Patienten definieren sich primär nicht nur über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern auch über charakteristische Merkmale eines vorgealterten Organismus („biologisches Alter“).

Für die gemeinsame Grundlage geriatrischen Handelns in Deutschland haben die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) sowie der Bundesverband Geriatrie e.V. (vormals Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V.) folgende Definition erarbeitet:

¹ Empfehlungen Prüfverfahren § 17 c KHG Anlage 2 06.04.2004

² Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung – Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz DKG 2015 S.24

Definition des geriatrischen Patienten³

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

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

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

oder durch

- Alter 80+

aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen

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

Ebenso sollte die Definition des Fachgebiets Geriatrie der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS)⁴ 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.“

Die geriatritypische Vulnerabilität dieser Patienten macht deutlich, dass es zudem Tatbestände gibt, für die die bisherigen Kriterien nicht angemessen sind. Von einer vollstationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist grundsätzlich dann auszugehen, wenn eine Erkrankungssituation vorliegt, die unter teilstationären, vor- und nachstationären oder ambulanten Behandlungsbedingungen aufgrund des Krankheitsgeschehens selbst und/oder der eingeschränkten Alltagskompetenz des geriatrischen Patienten insbesondere mit Blick auf die Patientensicherheit in einem nicht-vollstationären Behandlungssetting nicht therapierbar ist.

³ Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und Bundesverband Geriatrie 2008

⁴ Akzeptiert in Kopenhagen am 06.09.2008

Dies betrifft insbesondere die akute Exazerbation chronischer Erkrankungen aber auch die Verdichtung diagnostischer bzw. therapeutischer Maßnahmen. Ein akutstationärer Behandlungsbedarf besteht auch dann, wenn notwendige diagnostische Maßnahmen oder Eingriffe vorgenommen werden müssen, die im konkreten Behandlungsfall ambulant nicht sicher durchführbar sind. Kriterien sind u.a.:

- Instabilität des Gesundheitszustands (z.B. erhöhter Überwachungsbedarf bei Herzinsuffizienz, kognitiven Störungen)
- Umfang der diagnostischen Maßnahmen (z.B. Mehrfachuntersuchungen bei bestehender Immobilität u./o. kognitiven Störungen)
- Erforderliche Konstanz der Betreuung, um Wiederaufnahmen („Drehtüreffekt“) in kurzfristigen Zeitintervallen zu vermeiden

Eine wesentliche Rolle in der Beurteilung der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit spielen bei geriatrischen Patienten die teilhabeeinschränkende Faktoren, aufgrund derer eine ambulante medizinische Versorgung nicht möglich ist. Diesen ist daher ein hoher Stellenwert einzuräumen. Insbesondere sind in diesem Zusammenhang bspw.

- eingeschränkte bis fehlende Kommunikationsmöglichkeiten
- mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
- den Möglichkeiten des Patienten nicht entsprechende ambulante Versorgungsmöglichkeiten

zu nennen.

Eine akutstationäre geriatricspezifische Behandlung ist insbesondere auch dann angezeigt, wenn aufgrund einer internistischen Multimorbidität, einer Polypharmazie oder weiterer geriatritypischer Probleme die Behandlung gerontopsychiatrischer Probleme nicht in einer rein psychiatrischen Abteilung erfolgen kann.

Das Sozialgesetzbuch V 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 von Krankenhausaufnahmekriterien geriatrischer Patienten.

Geriatricspezifische Krankenhausaufnahmekriterien

A Schwere der Erkrankung

- Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand
- Pulsfrequenz: < 50 / min oder > 100 / min
- Blutdruck: systolisch < 100 oder ≥ 180 mmHg
Orthostatische Dysregulation
- Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes
- Akuter Verlust der Hörfähigkeit

- Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik (z.B. Schwindel)
- Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (Körpertemperatur > 37,5°C)
- Akute/ Subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall
- Relevante Störungen der Atmungsfunktion (z.B. pathologische Blutgasanalyse oder anhaltender Sauerstoffbedarf), Abweichung wesentlicher Stoffwechselfparameter von den laborspezifischen Referenzbereichen mit klinischer Relevanz, bspw. Kalium, Natrium, Kalzium, Glukose
- Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden bzw. eine erhebliche Einschränkung der Mobilität und/oder Selbstversorgungsfähigkeit bedingen
- Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie
- Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert
- Miktionsstörungen inkl. Harnverhalt
Entgleisung harnpflichtiger Substanzen
Diarrhoe, Subileus/Ileus
- Akute oder exazerbierte gerontopsychiatrische Störung, die eine Konstanz der Betreuung innerhalb eines gleichbleibenden therapeutischen Settings erfordert
- Anpassung der medikamentösen Therapie (mit besonderem Fokus auf Polypharmazie) mit medizinischer und klinischer Verlaufsbeurteilung nach letzter Änderung
- Nicht sichergestellte ausreichende Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr und/oder hochgradige Gefahr einer Aspiration, wenn weitere diagnostische und intensive therapeutische Maßnahmen nötig sind; einschließlich Entwöhnung von nasogastraler Sonde und/oder Indikationsstellung zur PEG
- Wiederholte Aufnahme in kurzfristigen Zeitintervallen

B Intensität der Behandlung

- Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und/oder Transfusion und/oder Infusion und/oder Umstellung/Neueinstellung von Sondenernährung
- Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert
- Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen/Stoffwechselfparameter, auch mittels Monitor, mindestens alle 6 Stunden
- Überwachungsbedarf nach Änderung der Medikation
- Akute oder chronische respiratorische Insuffizienz (z. B. Pneumonie oder exazerbierte COPD) mit Behandlungsintensivierung und Schulung medikamentöser / inhalativer Therapieformen inkl. Langzeitsauerstofftherapie
- Komplexe Wundbehandlung
- Vorhandensein eines Tracheostomas mit dem Ziel der Dekanülierung

- Notwendigkeit eines multimodalen Therapiekonzepts

D Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen einschl. frührehabitativer Maßnahmen

- Signifikant pathologische Lungenparameter
- Schlafapnoe-Syndrom:
Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
- Blutkrankheiten:
Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
- Manifeste Herzerkrankungen:
Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA)
Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
- Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
- Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist; z.B.:
 - endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes)
 - obstruktive Lungenerkrankungen
 - Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt
 - Behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung
 - schwere Immundefekte
 - Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung
 - gastrointestinale Erkrankungen
 - Kognitive Störungen
 - Psychische Störungen

E Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen einschl. frührehabitativer Maßnahmen

- Amputationen/ Replantationen
- Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
- Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen
- Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
- Kathetergestützte Schmerztherapie
- Überwachung Infusionstherapie
- Wundbehandlung mit VAC-Systemen

F Soziale Faktoren, aufgrund derer eine ambulante medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich ist

- Fehlende Kommunikationsmöglichkeit (z.B. bei Aphasie) da Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann

- Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
- Mangelnde Einsichtsfähigkeit/Compliance des Patienten
- Fehlende Versorgungsmöglichkeiten
- Dekompensierte Alltagskompetenz