

DRG-bedingte Verweildauerverkürzung und das Problem der poststationären Versorgung

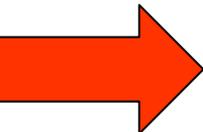
**Dr. Hans- Georg Güse
Güse mediConsult GmbH, Bremen**

19.Febr. 2003

Auswirkungen der DRG's auf Krankenhausleistungen(I)

Was wissen wir?

- Grundsätzlich wurde dies Thema wenig untersucht
- Untersuchungen in USA fanden in der Einführungsphase der DRG's statt – Daten sind älter!
- Einführung der DRG zumeist gekoppelt mit weiteren Reformansätzen (z.B. Managed Care), Überlagerung der Effekte)
- Übertragung aus anderen Ländern z.T. schwierig, da andere Vertragsverhältnisse zw. Krankenhäusern und einweisenden Ärzten



Wir wissen relativ wenig über die qualitativen Veränderungen, die wir zu erwarten haben.

Auswirkungen der DRG's auf Krankenhausleistungen(II)

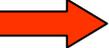
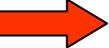
Daten und Fakten

- ➔ **1. Ausweichen auf ambulante Leistungen**
- ➔ **2. Rationalisierungen u. Produktivitätssteigerungen auf allen Ebenen**
- ➔ **3. Abfall der Krankenhaushfälle bei Jüngeren und Anstieg bei Älteren**
- ➔ **4. Abfall der Krankenhaustage insgesamt**
- ➔ **5. Verweildauerreduzierung um 20- 50% z.B. Krankenhaus in Melbourne:**
1990: 500 Betten, 26.000 stationäre Patienten, VWD: 6,0 Tage, 52 Pat. /Bett u. Jahr
1999: 380 Betten, 49.800 stationäre Patienten, VWD: 3,2 Tage, 113 Pat, /Bett u. Jahr
- ➔ **6. Anstieg der kurzfristigen Wiedereinweisungen**
- ➔ **7. Es versterben weniger Patienten im Krankenhaus (niedr. VWD)**

Literatur:

- 1. Arnold M et al (Hrsg.) Krankenhausreport 20007.
- 2. Coffey RM Louis DZ, Casemix Quarterly 1999
- 3. Gaumer GL, Stavins J, Health Serv Res 1992
- 4. Gaumer GL et al Medi Care 1989
- 5. Gaumer GL et al Health Care Financ Rev 1987
- 6. Kahn KL, Rogers WH et al, RAND Corp, JAMA 1990
- 7. Kahn KL, Keeler EB et al, RAND Corp, JAMA 1990
- 8. Keeler EB et al, RAND Corp, JAMA 1990
- 9. Kosecoff J et al, RAND Corp, JAMA 1990
- 10. Leibson CL et al., J Am Geriatr Soc 1991
- 11. Leibson C et al, Gerontologist 1990
- 12. Roeder N, f&w 5/2002, 462ff

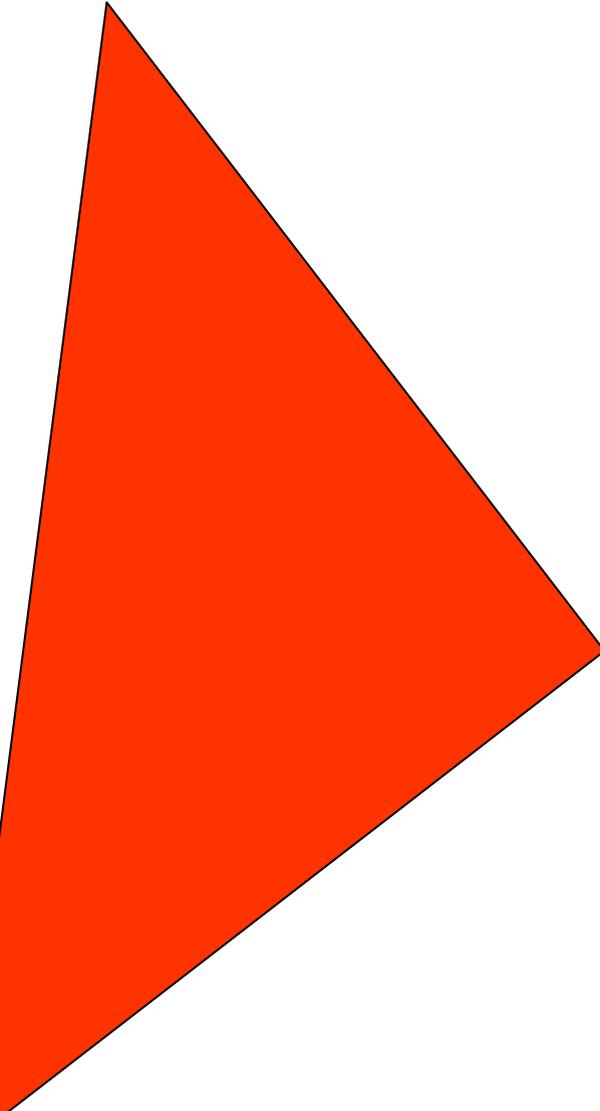
Auswirkungen der DRG's auf Krankenhausleistungen(III)

-  **8. Der Anteil der Patienten, die in instabilem Zustand die Klinik nach Hause verlassen, wächst um 40%**
-  **9. „Instabilität“ ist mit poststationären Komplikationen verbunden**
-  **10. Poststationäre Komplikationen im häuslichen Umfeld gehen mit einer höheren 30-Tg.-Todesrate einher**
-  **11. Höhere Letalität wird z.T. durch eine bessere Behandlungsqualität kompensiert**
-  **12. Anteil der Patienten wächst, die nicht nach Hause entlassen werden**
-  **13. Anteil der Patienten wächst, die nach Entlassung ambulante Pflege in Anspruch nehmen**

Literatur:

1. Arnold M et al (Hrsg.) Krankenhausreport 20007.
2. Coffey RM Louis DZ, Casemix Quarterly 1999
3. Gaumer GL, Stavins J, Health Serv Res 1992
4. Gaumer GL et al Medi Care 1989
5. Gaumer GL et al Health Care Financ Rev 1987
6. Kahn KL, Rogers WH et al, RAND Corp, JAMA 1990

7. Kahn KL, Keeler EB et al, RAND Corp, JAMA 1990
8. Keeler EB et al, RAND Corp, JAMA 1990
9. Kosecoff J et al, RAND Corp, JAMA 1990
10. Leibson CL et al., J Am Geriatr Soc 1991
11. Leibson C et al, Gerontologist 1990
12. Roeder N, f&w 5/2002, 462ff



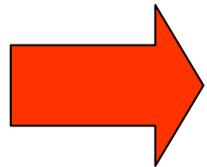
**Die poststationäre
professionelle
Weiterbetreuung
der Patienten
gewinnt an Bedeutung !**

Einflussfaktoren:

- 
- 1. Anstieg des Durchschnittsalters der Krankenhauspatienten**
 - 2. Verweildauerverkürzung, Entlassungsdruck**
 - 3. Ausweitung der Indikationen – z.B. Alters- u. Tumor- Chirurgie**
 - 4. Ambulantes Operieren - Nachsorge**
 - 5. Vernetzung, DMP's, ökonomische Strukturen**
 - 6. Suche nach Rationalisierungspotentialen**
 - 7. Soziale Situation der älteren Patienten (Singles)**
 - 8. Anteil der Pflegebedürftigen nach SGB XI**

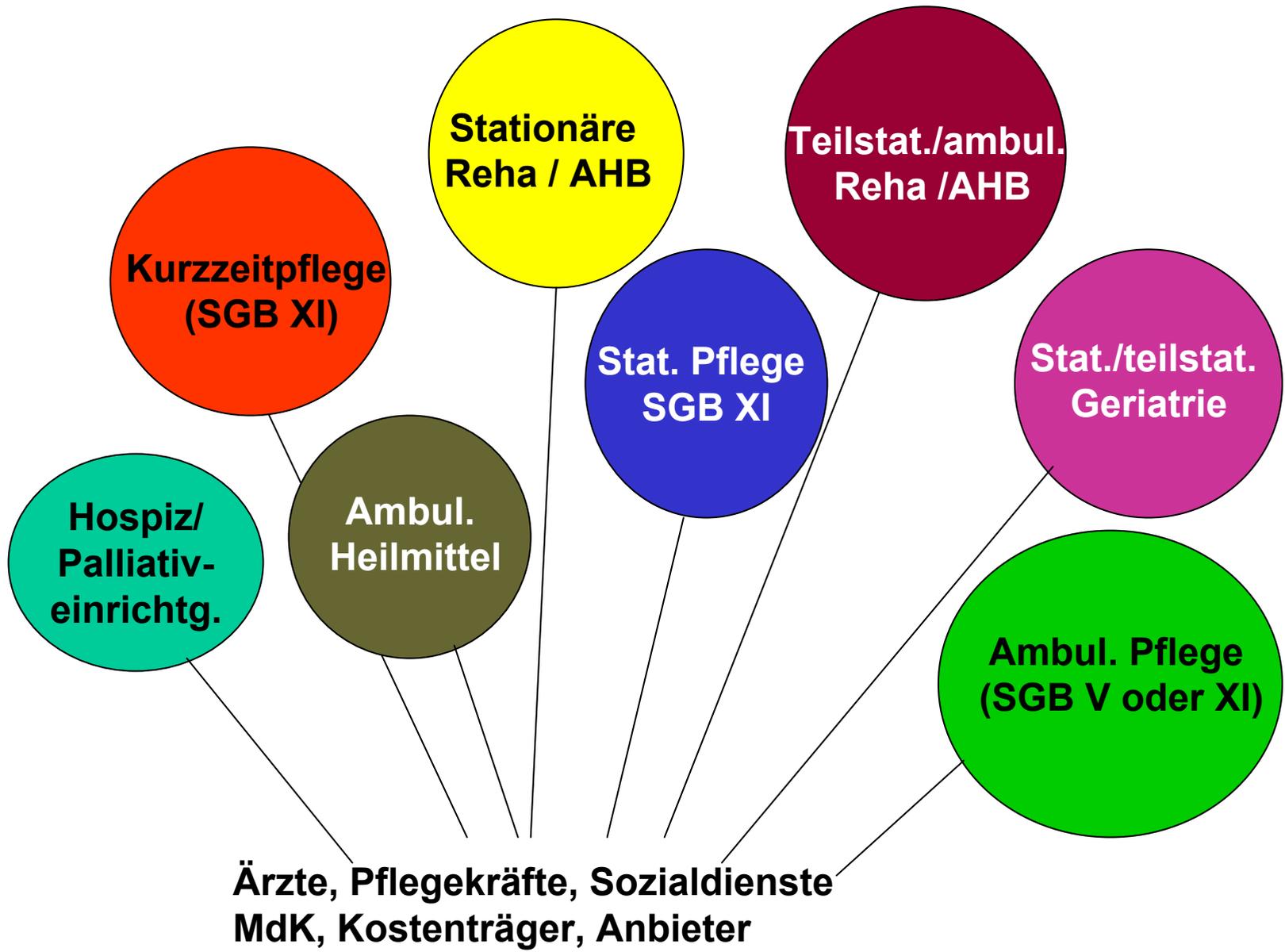
Veränderung des Anteils der PatientInnen ab 70 Jahre (Somatik, vollstat. Stadt Bremen) zwischen 1995 und 2000

	<u>Alle Entlassungen</u>			<u>Innere Medizin</u>			<u>Chirurgie</u>		
	1995	2000	Veränderung	1995	2000	Veränderung	1995	2000	Veränderung
Entlassungen	24%	27%	+3%	43%	47%	+ 4%	28%	29%	+1%
Pflegetage	33%	37%	+4%	51%	54%	+3%	38%	42%	+4%



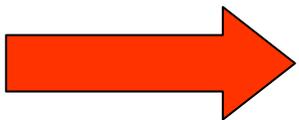
Der Anteil der älteren Krankenhaus-PatientInnen steigt kontinuierlich
Der Anteil ihrer Pflegetage steigt bes. in der Chir. überproportional.

Poststationäre Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten



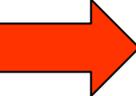
Ziele der poststationären Betreuung und Behandlung

- **Wiederherstellung eines bestmöglichen Gesundheitszustands**
- **Herstellung einer möglichst großen Selbstkompetenz**
- **Wiedereingliederung in die Häuslichkeit**
- **Vermeidung von Wiedereinweisungen**
- **Vermeidung einer stationären Langzeit- /Dauerpflege**
- **Vermeidung von Langzeitkosten**



***WIN-WIN-Situation von Patienten, Kostenträgern
und Leistungsanbietern***

Entwicklung der Kurzzeitpflege (KZP)

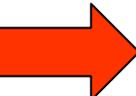


Bis 1995 im SGB V verankert als:

- a. Urlaubs- und Verhinderungspflege
- b. ergänzende Leistung zur Rehabilitation
- c. Krankenhausverhinderungspflege

Weitere Funktionen:

- d. rehabilitative Versorgung von Pflegebedürftigen
- e. Überbrückung einer Wartefrist für stat. Reha. u. Pflege
- f. Betreuung und Pflege Sterbender



Ab 1995 wurden alle Leistungen ins PflegeVG (SGB XI) überführt, Effekte:

- a. Kürzung der KZP auf max. 4 Wochen
- b. Pflegekassen wurden Kostenträger
- c. Leistungen wurden formal an das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit gebunden (Prüfung durch MdK)
- d. Kostenbeteiligung i.d.R. nach Stufe 3

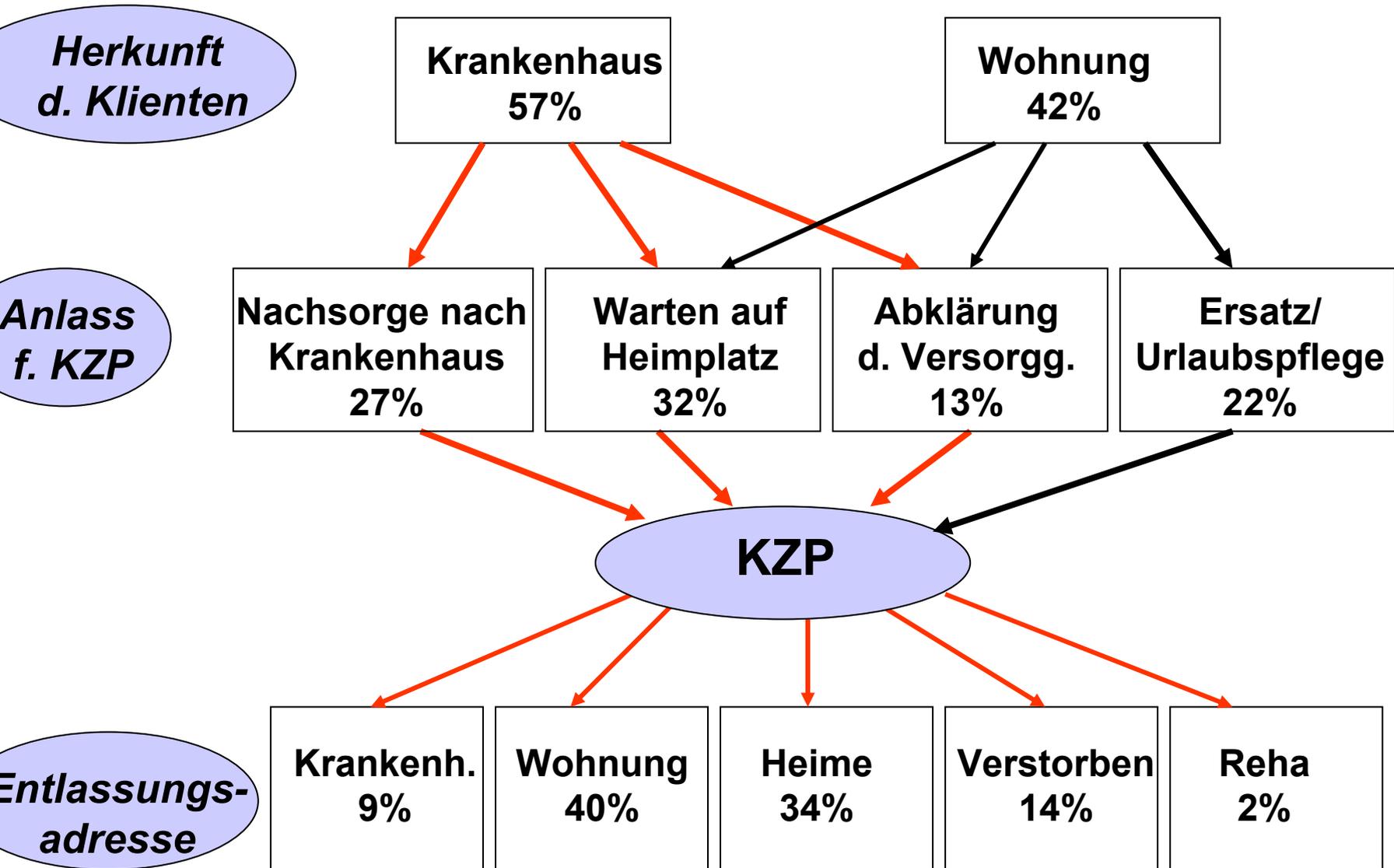
KZP- Forschungsfragen (betr.: poststationäre Versorgung)

1. **Gingen die rehabilitativen Funktionen der KZP nach 1995 verloren?**
2. **Ist der Anteil der Klienten der KZP, die in die Häuslichkeit zurückkehren, gefallen?**
3. **Haben sich die Indikationen für eine KZP geändert?**
4. **Hat sich ein Funktionswandel der KZP ereignet?**

Methoden

1. **Datensammlung aus einer repräsent. Menge von Pflegedokumentationen aus 1995 (n=237) und 2001 (n=325)**
2. **Analyse der Daten nach soziodemographischen, diagnostischen und verlaufsspezifischen Merkmalen**
3. **Sammlung der Entlassungsdaten der Krankenhäuser**
4. **Standard. Interviews mit Sozialdiensten der Krankenhäuser zur Einschätzung der KZP und anderer poststationärer Versorgungsmöglichkeiten**

KlientInnen der KZP 1995 - woher sie kommen und wohin sie gehen



Ergebnisse der Untersuchung (Auszug I)

- Die Aufenthaltsdauer in der KZP hat sich verkürzt
- KZP als „Warteschleife“ ist seltener geworden
- Ca. 50% der KlientInnen haben keine (!!) Pflegestufe
- Über 70% der KlientInnen sind 80 Jahre und älter (keine Veränd.)
- Die KlientInnen sind 2001 im Durchschnitt kränker als 1995
- Tumor-, Herz-, Kreislauf-, neurologische, rheumatische und Gelenk-Erkrankungen sowie Frakturen haben signifikant zugenommen
- 30% der KlientInnen waren wegen eines Sturzereignisses in stationärer Krankenhaus-Behandlung
- Die KZP ist therapeutisch aktiver geworden und wird als Teil der akuten Weiterversorgung angesehen.

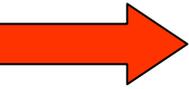
Ergebnisse der Untersuchung (Auszug II)

- **Trotz dieser zusätzlichen Belastung konnte der Anteil der KlientInnen, die in die Häuslichkeit zurückkehrten, signifikant gesteigert werden.**
- **Es verstarben 2001 sign. weniger KlientInnen in der KZP**
- **Die KZP bietet ein eigenes spezifischen Betreuungsklima, auf das sich die KlientInnen sehr unterschiedlich einstellen und reagieren. Die tatsächlichen Verläufe weichen von den Voraussagen deutlich ab.**
- **Die KZP wird häufig nicht planmäßig eingesetzt, sondern gilt als „Rettung“ bei Entlassungsdruck.**

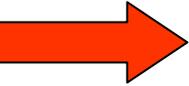
Ergebnisse der Untersuchung (Auszug III)

- **Die Effektivität der KZP könnte weiter gesteigert werden:**
 - a. **wenn sie für KlientInnen mit geeigneter Indikation reserviert würde, z.B**
 - **Frakturen bis zur Belastungsstabilisierung**
 - **Infekte älterer KlientInnen**
 - **Stauungspneumonien bis zur Rekonvaleszenz**
 - b. **wenn die Überschneidungen mit der Geriatrie beseitigt würden**
 - c. **wenn spezifische therap. Angebote intensiviert würden**
 - d. **wenn die Behandlungskette zw. Krankenhaus und KZP geschlossen würde**
 - e. **wenn sich die Beteiligten (ÄrztInnen, Pflegekräfte, Überleitungsstellen, MA der Sozialdienste, MdK, Kostenträger) über die Funktion der KZP einig werden könnten (Ziele, Indikationen, Abgrenzung, Ausstattung, Evaluation)**

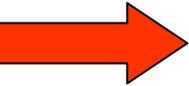
Zusammenfassung



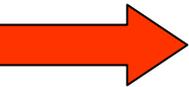
Die KZP ist ein effektives Instrument der poststat. Weiterbehandlung



Die Effektivität der KZP kann weiter gesteigert werden, wenn sie in die Behandlungskette planmäßig integriert wird.



Daran sollten alle therapeutisch tätigen Berufsgruppen beteiligt werden



Es erscheint sinnvoll, eine KZP krankenhaushnah anzusiedeln, um die Behandlungskette zu gewährleisten und das Entlassungsmanagement zu optimieren.

Dies ist besonders unter DRG-Gesichtspunkten geboten.

Die Studie wurde beauftragt vom

**Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales
des Landes Bremen
im Rahmen der Projektförderung nach dem Brem. Ausführungsgesetz
zum Pflegeversicherungsgesetz**

Die Studie wurde durchgeführt von

BIPS Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin



**Prof. Petra Kolip
Dr. Hans-Georg Güse
Studentinnen des FB 11, Studiengang Public Health der Univ. Bremen**

1.12.2001 - 30.9.2002