

Kriterien für die Fortführung der Krankenhausbehandlung geriatrischer Patienten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in Bayern

Präambel

Medizinische Behandlung ist individuell, insofern als jeder Mensch neben der Gesundheitsstörung seine persönliche Vorgeschichte und seine einmalige körperliche, seelische und soziale Konstitution mitbringt. Dennoch erfolgt die Behandlung nach Regeln, basierend auf dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft. Behandlungen zu Lasten der Solidargemeinschaft zwingen weiterhin zur Beachtung sozialrechtlicher Regeln. Für die nachvollziehbare Überprüfung medizinischer Behandlungen sind daher klare Kriterien unabdingbar. 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.

Der Beginn der stationären Krankenhausbehandlung ist mit den AEP-Kriterien bzw. ihrer deutschen Version (G-AEP-Kriterien von 2004) bereits definiert worden. Die zunehmende Zahl von Fallprüfungen zur sog. sekundären Fehlbelegung am Ende stationärer Krankenhausbehandlung macht es notwendig, analog auch Parameter für die Fortführung der stationären Krankenhausbehandlung festzulegen. Diese unterscheiden sich wesentlich von den Aufnahmekriterien, worauf die Autoren der G-AEP-Kriterien in deren Präambel ausdrücklich hinweisen.

Die nachfolgenden Kriterien nehmen keine Allgemeingültigkeit für sich in Anspruch. Sie sind definiert worden für die Gruppe geriatrischer Patienten, die aufgrund spezifischer Konstellationen eine Frührehabilitation durchlaufen. Die geriatrische Frührehabilitation ist im OPS-Katalog in wochenweisen Schritten angelegt (7, 14 und 21 Tage). Hingegen finden die Fallprüfungen auf tageweiser Basis statt. Damit entscheidet die Anerkennung oder Nicht-Anerkennung einzelner Behandlungstage über die Gewährung oder den kompletten Entfall der Finanzierung der Frührehabilitation. Klare Kriterien sind deshalb sowohl für die Prüfer als auch für die geprüfte Einrichtung unabdingbar. Dies gilt speziell auch dann, wenn die Festlegung über die Fortführung der Krankenhausbehandlung prospektiv wochenweise erfolgte, was der Konzeption und dem Inhalt der Frührehabilitation weitaus besser entspricht.

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. Nachdem die Ausgestaltung der medizinischen Versorgungsstrukturen teilweise in die Hoheit der Bundesländer fällt, ist die Implementierung der Geriatrie deutschlandweit heterogen erfolgt. Die föderale Heterogenität wird trotz der späteren Einführung des bundeseinheitlichen DRG-Abrechnungssystems tradiert.

Die vorliegenden Kriterien sind spezifisch für die Versorgungsstrukturen der bayerischen Geriatrie entworfen worden, bei der es ein Nebeneinander von Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation nach §111 SGB V und der geriatrischen Krankenhausbehandlung einschließlich Frührehabilitation nach §108/109 SGB V gibt. Es geht explizit um die Notwendigkeit der Fortführung einer bereits laufenden Krankenhausbehandlung und nicht um deren Beginn oder um die Abgrenzung zur stationären Rehabilitation.

Kategorie	Items
Vitalparameter / Vegetative Störungen	<p>Instabile Vitalparameter RR syst. < 100 oder > 180 mmHg HF < 50 oder > 100 Temp. > 37,5 Grad Relevante Störung der Atmungsfunktion (z.B. path. BGA oder anhaltender O2-Bedarf) Akute Diarrhoe Rezidivierende orthostatische Dysregulationen</p>
Entgleisung zentraler Stoffwechselfparameter	<p>Beispielsweise: Kalium < 3,2 oder > 5,2 mmol/l Natrium < 125 oder > 150 mmol/l BZ < 80 oder > 280 mg/dl</p>
Schmerzen	<p>Akuter Schmerz oder Exazerbation chronischer Schmerzen mit VAS ≥ 7 oder schmerzbedingter, erheblicher Einschränkung von Mobilität oder Selbstversorgungsfähigkeit</p>
i.v.-Therapiebedarf	<p>Notwendigkeit der Verabreichung von Infusionen und Transfusionen, Verabreichung von Medikamenten und Ernährung intravenös</p>
Medizinischer Überwachungsbedarf	<p>Laborkontrolle ≥ 3 / Woche und/oder spez. Vitalparameter ≥ 3 / Tag und/oder Gewichtskontrolle ≥ 1 / Tag und/oder Flüssigkeitsbilanzierung</p>
Anpassung der Medikation	<p>Überwachungsbedarf nach Änderung der Medikation (bis zu 3 Tage nach letzter Änderung).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisch (z.B. Parkinson, Delir, Herzinsuffizienz, COPD, Schmerz, Diarrhoe) • Laborwerte (z.B. ACE/Diuretika/Elektrolyte/OAK, Niereninsuffizienz) • Vitalparameter (z.B. Antihypertensiva/Antiarrhythmika)
Medizinische Diagnostik	<p>Notwendigkeit von Diagnostik oder Eingriffen, die im konkreten Behandlungsfall ambulant nicht sicher durchführbar sind. Kriterien sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabilität des Gesundheitszustandes (z.B. erhöhter Überwachungsbedarf bei schwergradiger Herzinsuffizienz oder Demenz) oder • Frequenz der Diagnostik (z.B. Mehrfachuntersuchungen, die aufgrund von Immobilität u./o. Demenz ambulant nicht durchgeführt werden können)
Akut eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit	<p>Fortbestehende Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeit im ADL-Bereich (gemessen z.B. mittels Barthel-Index) aufgrund</p> <ul style="list-style-type: none"> • akuter Erkrankung oder • akuter Verschlechterung eines vorbestehenden Gesundheitsproblems. <p>Oder noch unsicherer Prognose der medizinischen / rehabilitativen Verbesserung bei (noch) nicht gegebener Reha-Fähigkeit.</p> <p>Einzuschließen ist die Wartezeit auf einen Rehaplatz bei (sozial-)medizinisch notwendigem nahtlosen Übergang (i.S.d. AHB).</p> <p><i>(Reha-Fähigkeit ist erreicht bei mehrfach täglich möglicher aktiver Teilnahme an therapeutischen Übungen mindestens im Sitzen und über mindestens 15 Minuten.)</i></p>
Akute oder exazerbierte gerontopsychiatrische Störung	<p>Akuter Behandlungsbedarf wegen akuter oder exazerbierter gerontopsychiatrischer Störung (z.B. bei Demenz / Delir / Depression / Angst) wegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbst- oder Fremdgefährdung des Patienten • beaufsichtigungspflichtiger Verhaltens- und Orientierungsstörung, die eine Konstanz der Betreuung innerhalb eines gleichbleibenden therapeutischen Settings erfordert • Anpassung der medikamentösen Therapie mit medizinischer und klinischer Verlaufsbeurteilung (3 - 5 Tage nach letzter

	<p>Änderung) und / oder</p> <ul style="list-style-type: none"> • notwendiger Organisation der Weiterversorgung <p>Eine geriatrische Behandlung ist insbesondere dann angezeigt, wenn die Behandlung gerontopsychiatrischer Probleme aufgrund der interistischen Multimorbidität, einer Polypharmazie oder weiterer geriatritypischer Probleme nicht in einer rein psychiatrischen Abteilung erfolgen kann.</p>
Akute oder chronische respiratorische Insuffizienz	<p>Akutmedizinischer Behandlungsbedarf wegen akuter oder chronischer respiratorischer Insuffizienz mit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsintensivierung und Schulung medikamentöser / inhalativer Therapieformen • Einleitung, Überprüfung, Optimierung und Schulung einer Langzeitsauerstofftherapie bzw. einer Beatmungstherapie
Sturz	<p>Sturz im Krankenhaus mit Notwendigkeit der Nachbeobachtung (bis zu 2 Tage) und evtl. gezielter Diagnostik</p>
Schluckstörung	<p>Nicht sichergestellte ausreichende Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr, wenn weitere diagnostische und intensive therapeutische Maßnahmen nötig sind; einschließlich Entwöhnung von nasogastraler Sonde und/oder Indikationsstellung zur PEG.</p>
Entlassmanagement	<p>Entlassplanung bei Entlassung in eine Privatwohnung oder Umzug in eine institutionalisierte Versorgung inkl. pflegerischer Versorgung und Hilfsmittelversorgung bis zu 2 Tage vor Entlassung, einschließlich Erwirken einer amtsgerichtlichen Betreuung zur Entlassvorbereitung bei selbst- oder fremdgefährdeten Patienten mit fehlender Einsichtsfähigkeit. Besonderer Handlungsbedarf ist bei nicht einsichtsfähigen und gleichzeitig selbst- oder fremdgefährdenden Pat. gegeben.</p>
Wundbehandlung	<p>Komplexe Wundtherapie, die ambulant nicht durchgeführt werden kann.</p>
Tracheostoma	<p>Vorhandensein eines Tracheostomas mit dem Ziel der Dekanülierung.</p>
Multimodaler Therapiebedarf	<p>Notwendigkeit eines multimodalen Therapiekonzeptes, das unter ambulanten oder teilstationären Bedingungen nicht erreichbar ist.</p>
Sonderfälle	<p>Nach fachärztlich geriatrischer Einschätzung bei noch vorhandener Instabilität nach schwerem Krankheitsverlauf und Multimorbidität</p>