

1. Einleitung

1.1 Der geriatrische Patient

Im Jahr 2007 haben die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und die Bundesarbeitsgemeinschaft Geriatrischer Einrichtungen einen Konsens hinsichtlich der Definition des geriatrischen Patienten gefunden. Zum einen kann der geriatrische Patient durch die geriatritypische Multimorbidität sowie einem höheren Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter) charakterisiert werden, wobei ersteres vorrangig vor dem kalendarischen Lebensalter zu sehen ist (Sieber 2007). Der Begriff „Multimorbidität“ wird in der Berliner Alterstudie als fünf und mehr signifikante Diagnosen definiert (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996). Jedoch ist hierbei zu beachten, dass sich im Alter die meisten Krankheiten nicht nach lehrbuchtypischem Verlauf darstellen, sondern in ihrer Symptomatik sowie Dynamik atypisch verlaufen können und sich häufig komplex synergistisch negativ auswirken. Während bei den meisten jungen Patienten akute Krankheiten und ihre Behandlung im Vordergrund stehen, ist das Krankheitsspektrum des geriatrischen Patienten um multiple Vorerkrankungen sowie chronische bzw. sich eventuell chronifizierende Krankheiten erweitert (Renteln-Kruse von 2001).

Zum anderen kann nach Sieber auch ein erreichtes Lebensalter von größer/gleich 80 Jahren, sowie eine erhöhte Vulnerabilität bzw. Altersgebrechlichkeit („Frailty“-Syndrom) charakteristisch für den geriatrischen Patienten sein (2007). Das „Frailty“-Syndrom beschreibt dabei die verminderte Belastbarkeit eines älteren Menschen gegenüber bestimmten Stressoren wie z.B. einem Wohnungswechsel oder einem Krankenhausaufenthalt (Rockwood et al. 1999). Aus diesem Mangel an Kompensationsreserven entsteht eine Prädisposition zum Verlust der Fähigkeit wichtige grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens wahrnehmen zu können, z.B. in den Bereichen der Mobilität, Körperpflege, Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Lawton und Brody 1969). Als Konsequenz droht der andauernde Verlust der Selbstständigkeit, verbunden mit dem Risiko zunehmender Pflegebedürftigkeit.

Mit der geriatritypischen Multimorbidität ist meist die Polypharmazie vergesellschaftet (Wehling 2008). Darunter ist nach der Berliner Alterstudie die Einnahme von fünf und mehr gleichzeitig verschriebenen Medikamenten definiert (Steinhagen-Thiessen und Borchelt 1996). Multimorbidität und Polypharmazie sind exemplarisch für die komplexe Mehrdimensionalität eines geriatrischen Patienten.

1.2 Die geriatrische Behandlung und das geriatrische Assessment

Begleitend zur akutmedizinischen Diagnostik und Therapie ist es das Ziel der geriatrischen Behandlung noch vorhandene Ressourcen des Patienten rehabilitativ zu stärken und somit dessen Erhalt von Funktionalität sowie Selbstständigkeit gewährleisten zu können (Sieber 2007). Einer drohenden Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit soll somit rechtzeitig vorgebeugt werden. In zahlreichen Studien konnte die Wirksamkeit geriatrischer Versorgungsformen unter Anwendung des geriatrischen Assessments nachgewiesen werden (Cohen et al. 2002, Landefeld et al. 1995, Rubenstein et al. 1984, Saltvedt et al. 2002, Stuck et al. 1993).

Im Vergleich zur Behandlung jüngerer Menschen müssen in der Geriatrie, diagnostische und therapeutische Aspekte anders gewichtet und individuell auf den Patienten abgestimmt und evaluiert werden. Denn mit zunehmendem Alter sind meistens die biologischen sowie psychischen Ressourcen des geriatrischen Patienten vermindert (Lübke 2005). Besonders zu berücksichtigen bei der Behandlung älterer Menschen ist deren verminderte Belastbarkeit gegenüber Funktionseinbußen. So konnte durch Mc Gee et al. ein Zusammenhang zwischen höherem Lebensalter und Fähigkeitsstörungen bzw. Funktionsbeeinträchtigung deutlich gemacht werden (1998). Dadurch ist es wichtig, frühzeitig und präventiv den geriatrischen Patienten zu unterstützen und weiterem Schaden von ihm abzuwenden.

Die Behandlung in der Geriatrie ist somit meist eine Kombination aus kurativen, rehabilitativen sowie präventiven Komponenten, ermöglicht durch eine patientennahe Verflechtung von kurativen medizinischen Verfahren und funktionell übenden Therapieeinheiten. Um diesen unterschiedlichen Anforderungen in der Geriatrie gerecht zu werden, wurde ergänzend zum Anamnesegespräch das mehrdimensionale geriatrische Assessment (engl. im Sinne von Funktionsbewertung) als diagnostisches funktionsbezogenes Instrumentarium entwickelt. Mithilfe standardisierter Testverfahren werden altersassoziierte und alltagsrelevante medizinische, funktionelle, kognitive sowie psychosoziale Problemfelder aber auch Ressourcen des Patienten erkannt und dienen somit als Entscheidungshilfe für die folgenden therapeutische Interventionen (Rubenstein et al. 1987). Kernpunkt ist ein multidisziplinäres Vorgehen zur Erstellung eines individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplans. Durch diesen diagnostischen Prozess und den daraus gewonnenen Erkenntnissen können die Behandlung sowie die Therapieziele des Patienten optimiert werden und drohende Pflegebedürftigkeit sowie damit verbundene Kosten verhindert bzw. minimiert werden. Eine effektive Behandlung des geriatrischen Patienten hat also auch zunehmend gesundheitsökonomische Relevanz (Lübke 2001). Dennoch kann in einigen Fällen trotz einer suffizienten geriatrischen Versorgung der

Zustand völliger Gesundheit nicht mehr erreicht werden. Ziel ist es dann ein Optimum für jeden Einzelnen anzustreben und eine möglicherweise bestehende krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit so weit als möglich zu reduzieren.

Wenn die körperliche sowie geistige Verfassung des Patienten es zulässt, sollte bei generell jedem älteren Patienten innerhalb der ersten drei Tage seines stationären Aufenthaltes eine strukturierte geriatrische Anamnese durchgeführt werden, z.B. mithilfe des geriatrischen „Screenings nach Lachs“ (Lachs et al. 1990). Sollten sich dabei Hinweise auf relevante Funktionseinschränkungen zeigen, ist es sinnvoll ein der Funktionseinschränkung fallbezogenes Assessmentverfahren anzuschließen.

Durch die wiederholte Anwendung spezifischer Assessmentverfahren kann eine objektive Therapie- sowie Qualitätskontrolle des Behandlungsverlaufes erzielt werden (Nikolaus 2001). Dies hat zunehmend auch Relevanz beim Nachweis der erbrachten medizinischen Leistungen gegenüber den Kostenträgern (Loos et al. 2000).

Anhand der bereits beschriebenen Vielschichtigkeit der geriatrischen Behandlungsanforderungen und der daraus resultierenden Komplexität ist es charakteristisch für den Behandlungsprozess in der Geriatrie, dass mehrere Professionen multidisziplinär eingebunden werden. Dabei wird der geriatrische Patient von einem Team aus Ärzten, Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeitern sowie Psychologen im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells betreut (Stähelin 2005). Dabei geht das biopsychosoziale Krankheitsmodell über das gebräuchliche, rein diagnose- und organbezogene biomedizinische Krankheitsmodell hinaus. Der Patient und seine Behandlung werden ganzheitlich betrachtet (Engel 1977). Gegenstand eines geriatrischen Behandlungskonzeptes muss somit die gesamte Lebenssituation des ältern Menschen sein.

Die Behandlung in der Geriatrischen Medizin findet somit auf mehreren Ebenen statt und deckt ein breites Aufgabenspektrum ab. Aufgrund dieser Multidimensionalität und der teilweise zeitlich sowie logistisch aber auch zunehmend finanziellen begrenzten Therapiemöglichkeiten ist eine individuelle Priorisierung der Problemfelder und der Behandlungsmaßnahmen unabdingbar (Bruder et al. 1994). Nur so ist es möglich mit den vorhandenen begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis in der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.

1.3 Zielsetzungen der Arbeit

1.3.1 Profilerstellung der vollstationären Behandlungsfälle des

Evangelischen Geriatriezentrums Berlin

Die Geriatrie ist im Verhältnis zu anderen medizinischen Fachdisziplinen ein noch relativ junges Fach (Borchelt et al. 1999). Daraus resultiert wiederum ein oft beklagter Mangel an wissenschaftlicher Evidenz in vielen für die Altersmedizin relevanten Bereichen in Deutschland (Stähelin 2005, Nikolaus 2004).

Vor allem der Bedarf an validen und repräsentativen Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität ist in den letzten Jahren von Forschungsinteresse. Das Ziel ist eine systematische geriatrische Behandlungs- und Ergebnisdokumentation sowie der Vergleich von geriatrischen Behandlungsfällen in ausgewählten geriatrischen Einrichtungen. Somit sollen umfassende geriatrispezifische Patienten- und Behandlungsdaten erhoben und eine objektive Therapie- sowie Qualitätskontrolle ermöglicht werden. Damit soll auch der Verpflichtung der geriatrischen Leistungserbringer zur Teilnahme an der Qualitätssicherung nach §§135-137 SGB V Rechnung getragen werden (Igl 1999). In Deutschland sind aus diesen Bestrebungen zwei voneinander größtenteils unabhängige Datenbanken entstanden: „Gemidas (Geriatrisches Minimum Data Set)“ sowie „GIB-DAT (Geriatrie in Bayern-Datenbank)“ (Borchelt et al. 1999, Trögner et al. 2006 Teil 1/ Teil 2).

In Anlehnung an die genannten Datenbanken sind im ersten Teil dieser Arbeit alle vollstationären Behandlungsfälle des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin (EGZB) aus einem Zweijahreszeitraum (2004/2005) hinsichtlich deren demographischen Stammdaten, Behandlungsdaten sowie Daten zum funktionellen Status untersucht worden. Das Ziel war die Erstellung einer aussagenkräftigen klinikbezogenen Darstellung wesentlicher Merkmale der vollstationären Behandlungsfälle des EGZB, und deren Behandlungsergebnisse sowie, -verläufe im Rahmen einer Profilerstellung. Dabei sollte auch versucht werden die Komplexität des geriatrischen Behandlungsfalls im EGZB und die daraus resultierenden therapeutischen Anforderungen an das geriatrische Team darzustellen. Des Weiteren sollten Lücken in der Dokumentation aufgedeckt und wenn möglich evaluiert werden. Dieser Prozess diene somit auch der internen systematischen Selbstbeobachtung und der bereits erwähnten notwendigen Qualitätssicherung. Ein Bestandteil der Qualitätssicherung nach §137 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB) ist die Ergebnisqualität. Darunter wird in der Medizin das Messen von angestrebten Veränderungen bezüglich des Gesundheitszustandes eines Patienten verstanden (Igl 1999). Als Beispiel dafür dient in der Geriatrie die Verbesserung oder Verschlechterung der

Mobilität bzw. der Selbsthilfefähigkeit eines Patienten während des stationären Aufenthaltes. Diese Veränderungen bezüglich der grundlegenden Alltagsfunktionen sowie der Mobilität des Patienten wurden durch die Effektivität sowie die Effizienz der Behandlung als Parameter für die Ergebnisqualität in dieser Arbeit dargestellt.

Des Weiteren sollten die Ergebnisdaten mit den bereits publizierten Ergebnissen der anderen Datenbanken diskutiert werden. Dabei musste folgender Aspekt berücksichtigt werden: In Deutschland gibt es eine sozialrechtlich verankerte bundesländerspezifische Inhomogenität zwischen Rehabilitationsgeriatrie und Akutgeriatrie in der Gesetzgebung. So wird zum Beispiel in Bayern die geriatrische Versorgung in Einrichtungen nach §111 des SGB V als Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet. In anderen Bundesländern wie zum Beispiel in Berlin bestimmen die geriatrischen Krankenhäuser nach §108/§109 SGB V als Akutgeriatrie die geriatrische Versorgung (Loos et al. 2001). Die Erklärung für diese Trennung ist, dass die Bundesländer in der Vergangenheit teilweise voneinander unabhängige eigene geriatrische Versorgungsstrukturen entwickelt haben und diese bis zum heutigen Zeitpunkt beibehalten (Plate et al. 2002). Kritisch betrachtet entstand diese Inhomogenität allerdings nicht aus fachlichen Gründen, eher waren gesundheitspolitische Überlegungen der jeweiligen Bundesländer der Grund für diese Entwicklung (Steinhagen-Thiessen et al. 2003).

Während nach §108/§109 SGB V die Direkteinweisung von Patienten in die Akutgeriatrie möglich ist, bedarf es nach §111 SGB V einer Kostenübernahmeerklärung von Seiten des Medizinischen Dienstes der gesetzlichen Krankenversicherung zur stationären Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung. Es handelt sich somit um eine „geplante Einweisung“. Nikolaus beschreibt dieses Regularium als eine „formale Hürde“ beim Zugang zur geriatrischen Rehabilitation (2000). Weitere Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Leistungsschwerpunkte: Akutdiagnostik, therapeutische Intervention und Frührehabilitation in der Akutgeriatrie nach §39 SGB V. Wohingegen innerhalb der Versorgungsstruktur nach §111 SGB V die Rehabilitation als zentraler Bestandteil der Geriatrie nach §40 SGB V gilt. Im Prinzip gibt es somit unterschiedliche Möglichkeiten in der Patientenzuweisung sowie unterschiedliche Aufgabenspektren zwischen den beiden Versorgungsstrukturen (Leistner et al. 2002).

Während das Gemidas-Projekt bundeslandübergreifend Daten aus geriatrischen Akut- sowie aus Rehabilitationseinrichtungen verwendete, und somit nicht explizit zwischen beiden Versorgungsstrukturen differenzierte, wurden die publizierten GIB-DAT-Daten rein aus Rehabilitationseinrichtungen generiert. Einige Arbeiten haben sich bereits mit der Frage beschäftigt, inwieweit sich die beiden unterschiedlichen Versorgungsverträge in der jeweiligen Patientenklientel sowie deren Behandlungsergebnissen widerspiegeln: Während in der

Vergangenheit mehrere Veröffentlichungen einen direkten Zusammenhang eher verneinten und somit auf Grundlage jeweils publizierter Daten einer kategorischen Unterscheidung zwischen den Einrichtungen der beiden Versorgungsverträge kritisch gegenüberstanden (Borchelt et al. 1999, Loos et al. 2001), verwies die GIB-DAT-Projektgruppe hinsichtlich von Ergebnisunterschieden zu den Gemidasdaten auf mögliche Einflüsse durch die dort mitvertretenen akutgeriatrischen Einrichtungen (Trögner et al. 2006 Teil 2). Dabei kritisierten Trögner et al. sowie bereits von Renteln-Kruse im Jahr 1999 die bei den Gemidasdaten fehlende Unterscheidung zwischen Akut,- und Reha-Bereich und plädierten für eine differenziertere Betrachtung beider Versorgungsstrukturen (Trögner et al. 2006 Teil 1, Renteln-Kruse von 1999). Im gleichen Kontext kritisierten Trögner und Siegel die Arbeit von Loos et al. aus dem Jahr 2001 (Trögner und Siegel 2008).

Ebenfalls Hinweise auf die Notwendigkeit einer getrennten Betrachtungsweise zwischen beiden Versorgungsformen geben Daten einer retrospektiven Kohortenstudie, veröffentlicht im Jahr 2003. Die Merkmalsunterschiede akutgeriatrischer Patienten waren im Vergleich zu denen aus Rehabilitationseinrichtungen teilweise signifikant. Allerdings unterschied sich das Setting dieser Untersuchung durch seinen kombinierten Akut- als auch Rehabilitationsbereich von der Mehrzahl geriatrischer Kliniken, und ist somit nur eingeschränkt vergleichbar (Renteln-Kruse von und Ebert 2003).

Daten der hessischen Geriatrie aus der Gemidas-Datenbank aus dem Jahr 2005 konnten zwar einzelne Aspekte von Behandlungsfällen rein akutgeriatrischer Kliniken darstellen, allerdings beschränkte sich die Veröffentlichung nur auf wenige Merkmale und eine grobe Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisparameter (LAGHT 2005).

Somit gibt es aktuell vor allem umfangreiche Publikationen mit dem Einfluss beider Versorgungsstrukturen, so wie rein nach §111 SGB V. Bisher nicht erschöpfend berücksichtigt wurden allerdings die Merkmale, Verläufe und Behandlungsergebnisse geriatrischer Behandlungsfälle aus einer rein akutgeriatrischen Versorgungsstruktur nach §108/§109, wie zum Beispiel dem EGZB.

Zusammengefasst wurden folgende Punkte im ersten Teil dieser Arbeit dargestellt:

1. Profilerstellung der vollstationären Behandlungsfälle im EGZB (Jahrgang 2004/5).
2. Darstellung der Behandlungseffektivität sowie, -effizienz.
3. Darstellung der Komplexität des geriatrischen Behandlungsfalls im EGZB.
4. Einordnung der Daten auf nationaler Ebene.
5. Evaluation zur Vollständigkeit der Daten.

1.3.2 Vergleich der Profilerstellung zwischen den Hochbetagten und der jüngeren Patientenklientel

Im Rahmen der Profilerstellung aller vollstationären Behandlungsfälle des EGZB wurde im zweiten Teil dieser Arbeit eine Patientenklientel genauer untersucht, welche in naher Zukunft eine zunehmend wichtige Rolle in der geriatrischen Versorgung und somit auch einen wachsenden Anteil am Patientenkollektiv des EGZB haben wird. Hierbei handelt es sich um die Gruppe der Hochbetagten.

So zeigt die Demographie, dass die ältere Bevölkerung ab 80 Jahren aufwärts weiter zunehmen wird. Bis zum Jahr 2050 wird ihr Anteil an allen 65-Jährigen und Älteren fast 40% betragen. Diese Gruppe wird somit eine der am stärksten prozentual wachsenden Altersgruppen in der Bevölkerung darstellen (Statistisches Bundesamt 2006). Während heute circa 33% der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter waren, wird dieser Anteil im Jahre 2030 bei rund 48% liegen (Statistisches Bundesamt 2008).

Allerdings gibt es hinsichtlich der Altersgruppe der Hochbetagten unterschiedliche Altersdefinitionen: Während mancher Autor die untere Altersgrenze bei 80 Jahren festlegt (Sieber 2007), wird in den meisten Publikationen die untere Altergrenze bei 85 Jahren festgelegt (z.B. Campion 1994). Somit gilt für diese Arbeit die letztgenannte Definition der Hochbetagten. Zwar sollte bei der Betrachtung des geriatrischen Patienten primär das biologische Alter und nicht unmittelbar das numerische Alter bei der Beurteilung und somit auch Behandlung im Vordergrund stehen. Dennoch stellt das Alter an sich ab einer gewissen Schwelle bereits ein ausreichendes Identifikationsmerkmal geriatrischer Patienten dar (Lübke 2005). In diesem Zusammenhang sehen Steinhagen-Thiessen et al. ein kalendarisches Alter ab 85 Jahren bereits als einen eigenständigen Risikofaktor, da bei dieser Patientenklientel bereits leichte Krankheitsereignisse schwerwiegende Folgen (z.B. Funktionsbeeinträchtigungen) nach sich ziehen können (2003). Daraus resultiert im Zuge der alternden Bevölkerung auch eine wachsende Nachfrage nach geriatrischer Behandlung sowie klinisch angewandter geriatrischer Forschung bezüglich der hochbetagten Patientenklientel. Ein ähnlicher Trend zeigt sich in den Vereinigten Staaten von Amerika: Laut einer Umfrage innerhalb der „Association of directors of geriatric academic programs“, welche Patienten am meisten von einer geriatrischen Behandlung profitieren würden, wurde mehrheitlich die Altersgruppe geriatrischer Patienten ab 85 Jahren aufwärts genannt (Warshaw et al. 2008).

In dieser Arbeit wurden die Daten aller vollstationären Behandlungsfälle des EGZB aus den Jahren 2004/05 in die Altersgruppe der Behandlungsfälle ab 85 Jahren und in die Altersgruppe der jüngeren Behandlungsfälle unterteilt. Die demographischen Stammdaten, Behandlungsdaten

sowie Daten zum funktionellen Status und zur Ergebnisqualität wurden zwischen den beiden Altersgruppen untersucht und miteinander verglichen. Eine vergleichbare Studie wurde in den letzten Jahren im deutschsprachigen geriatrischen Raum bisher nur von Clausen und Lucke im Jahre 2004 veröffentlicht. Allerdings mit einer Definition der Hochbetagten ab einem Alter von bereits 80 Jahren. Des Weiteren handelte es sich um Patienten die nach beiden Versorgungsverträgen (§108/§109 sowie §111) behandelt worden sind. Dabei wurde jedoch bei der Generierung der Ergebnisse nicht explizit zwischen den beiden Versorgungsverträgen unterschieden. Ebenso wurden nur die fallabschließend behandelten Patienten in die Auswertung einbezogen. Eine solche Vorselektion wurde in dieser Arbeit vermieden, um ein möglichst vollständiges Profilbild der Hochbetagtengruppe darstellen zu können.

In der besagten Studie von Clausen und Lucke konnte neben den Charakteristika und Verlaufsdaten der beiden Altersgruppen anhand von verschiedenen funktionellen Assessmentverfahren (z.B. in den Bereichen Selbsthilfefähigkeit sowie Aufsteh- und Gehgeschwindigkeit) gezeigt werden, dass die Gruppe der hochbetagten Patienten ab 80 Jahren aufwärts genauso effektiv und effizient behandelt wurde wie diejenige der jüngeren Patienten. Somit konnte dargestellt werden, dass die stationäre geriatrische Behandlung auch bei einem älteren Patientenkollektiv ab 80 Jahren aufwärts, hinsichtlich Effektivität und Effizienz genauso sinnvoll ist wie bei einer jüngeren Patientenklientel (Clausen und Lucke 2004). Inwieweit sich die Merkmale, Behandlungsverläufe und die Effektivität sowie Effizienz bei der Behandlung zwischen den beiden Altersgruppen des EGZB unterscheiden, ist im zweiten Teil dieser Arbeit untersucht worden. So wurde gezeigt, ob die von Clausen und Lucke bereits dargelegte Effektivität und Effizienz in der Behandlung für ein geriatrisches Patientenkollektiv ab 80 Jahren aufwärts auch für ein solches ab 85 Jahren gilt.

Die damit einhergehende gesundheitspolitische Relevanz dieser Thematik ergibt sich aus dem zunehmenden Druck die im Gesundheitswesen immer knapper zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen gezielt einsetzen zu müssen. Dies gilt insbesondere für die Behandlung der Hochbetagten, welche von der Öffentlichkeit und Politik in zunehmendem Maße als Verursacher beträchtlicher Kosten wahrgenommen werden (Winter et al. 2006).

Zusammenfassend wurden folgende Fragestellungen im zweiten Teil dieser Arbeit beantwortet:

1. Gibt es Unterschiede in der Profilerstellung der hochaltrigen Patientenklientel und den jüngeren Behandlungsfällen im EGZB?
2. Welche Charakteristika sind typisch für die Gruppe der Hochbetagten?
3. Kann die Gruppe der Hochbetagten genauso effektiv und effizient behandelt werden wie die jüngere Patientenklientel?