

Geriatrische Krankenhausversorgung im Lichte von Abrechnungsdaten nach § 301



Matthias Meinck
Julia Lina Weyh



Gliederung

1. Stellung der Krankenhausgeriatrie im Versorgungsprozess und Implikationen für GKV-Routinedatenauswertungen
2. Vorgehen des KCG bei Routinedatenauswertungen
3. Ausgewählte Auswertungsergebnisse



Gliederung

1. Stellung der Krankenhausgeriatrie im Versorgungsprozess und Implikationen für GKV-Routinedatenauswertungen
2. Vorgehen des KCG bei Routinedatenauswertungen
3. Ausgewählte Auswertungsergebnisse
4. Zusammenfassung



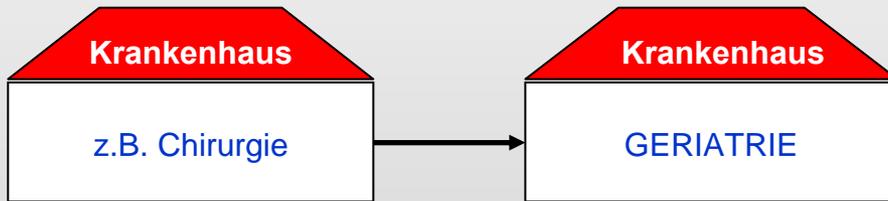
GKV-Routinedaten und Geriatrie

Krankenhausepisode 1 - Aufnahme in Klinik mit Geriatrie



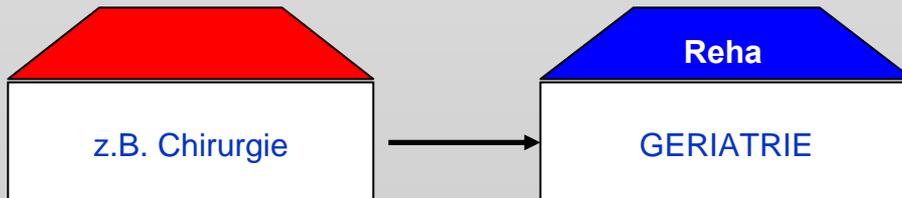
1 Krankenhausfall

Krankenhausepisode 2 - externe Verlegung in Geriatrie



2 Krankenhausfälle

Krankenhausepisode 3 - externe Verlegung in Reha-Geriatrie



1 Krankenhausfall
1 Rehafall

... (weitere Episoden sind möglich. z.B. Krankenhausgeriatrie nach Rehageriatrie)

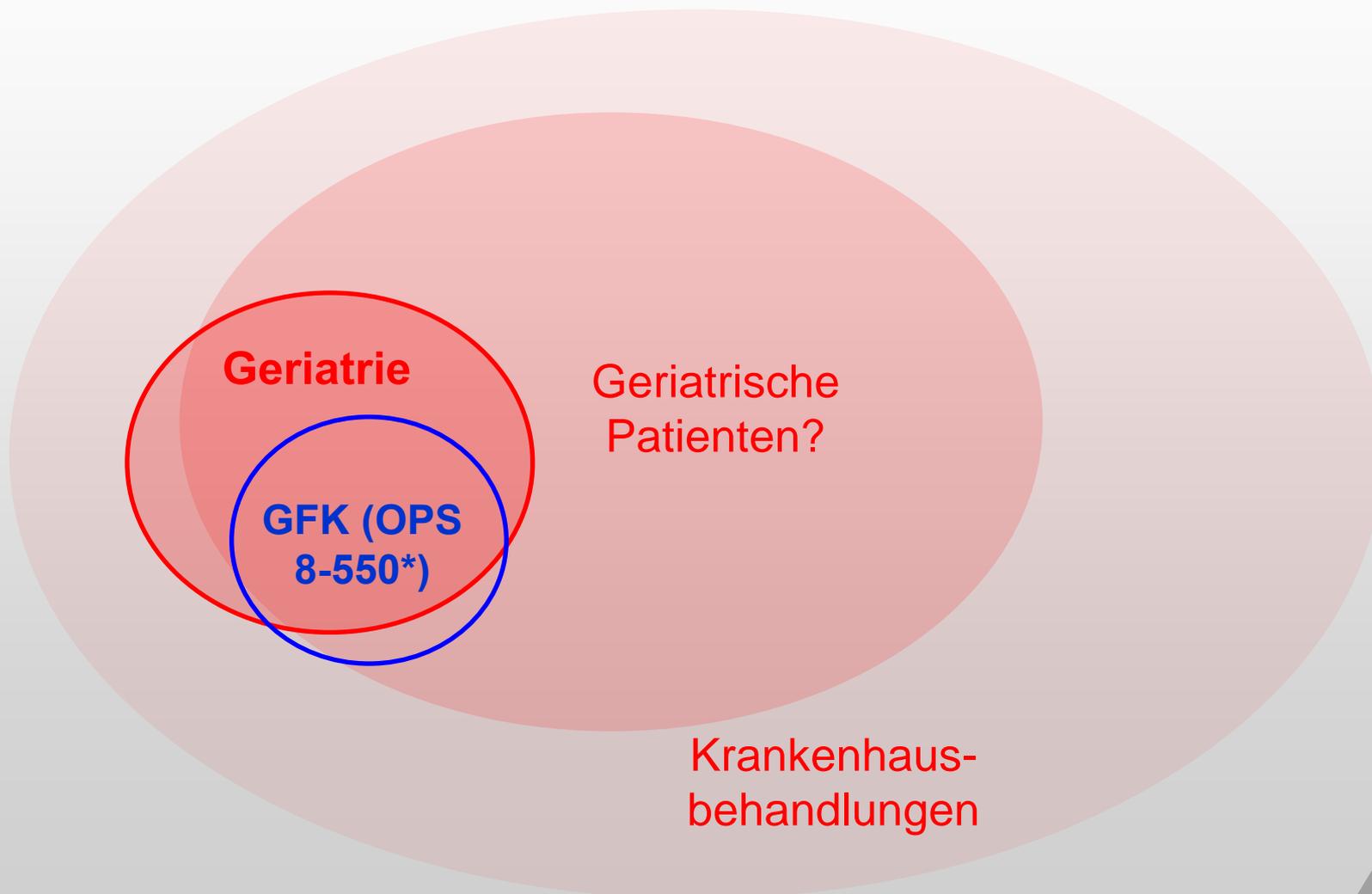


GKV-Routinedaten und Geriatrie

- **Abrechnungsdaten geriatrischer Krankenhausbehandlungen** geriatrisch behandelte Versicherter sind gemäß § 301 Abs. 1 -3 SGB V elektronisch standardisiert verfügbar
- **Abrechnungsdaten geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen** stehen derzeit nur begrenzt krankenkassenübergreifend zur Verfügung (an einem elektronischem Datenträgeraustauschverfahren - DTA - wird gearbeitet, nicht vor 2009 beginnend) (§ 301 SGB V Abs. 4)
- unterschiedliche Einbindung der Geriatrie in das Versorgungsgeschehen ist zu beachten (Solitärgeriatrien, Verlegungsoption in die geriatrische Anschlussrehabilitation)
- Gesamtübersicht über das geriatrische Leistungsgeschehen ist schwierig herzustellen



Zugang zur Geriatrie in Krankenhausabrechnungsdaten



Zugang zur Geriatrie in Krankenhausabrechnungsdaten

1. Es handelt sich um einen geriatrischen Patienten:

- keine sektorenübergreifende verbindliche Definition vorhanden
- kein eigenständiges Routinedatenmerkmal vorhanden
- zumindest Alter und Diagnosen können herangezogen werden

2. Es wurde eine geriatrische Behandlungsleistung erbracht:

- z.B. anhand der OPS 8-550* und/oder geriatrische DRG

3. Versorgung erfolgte durch eine geriatrische Fachabteilung:

- anhand der Fachabteilungskodes möglich (Geriatrie und Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie)

Bewertung:

- Unterschiede in der Validität (z.B. Diagnosen vs. Fachabteilungsnummern)
- Vollständigkeit (GFK ist nicht die gesamte geriatrische Versorgung, geriatrische Patienten werden auch ohne Verlegung in die Geriatrie versorgt)
- Erkennungswege können auch kombiniert werden



Was sind wichtige Merkmale?

Krankenhausabrechnungsdaten:

- demographische Merkmale (Alter, Geschlecht)
- Diagnosen gemäß ICD-10-GM (Haupt- und Nebendiagnosen)
- Behandlungsprozeduren gemäß OPS (insbes. Codes 8-550*, 8-98a)
- Fachabteilungskodes
- Verweildauer
- DRG´s, PCC-Level

Nicht verfügbar sind:

- weitreichende Informationen zu Schweregraden der Erkrankungen bzw. zu Akuität (Grundlagen sind Deutsche Kodierrichtlinien)
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sind praktisch nicht direkt darstellbar (z.B. auch geriatrische Assessmentbefunde)



Gliederung

1. Stellung der Krankenhausgeriatrie im Versorgungsprozess und Implikationen für GKV-Routinedatenauswertungen
2. Vorgehen des KCG bei Routinedatenauswertungen
3. Ausgewählte Auswertungsergebnisse
4. Zusammenfassung



Datenkörper gemäß § 301 SGB V

- dem KCG stehen durch die Kooperation mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) folgende GKV-Routinedaten zur Verfügung



durch geriatrische Krankenhausabteilungen
behandelte Versicherte aller
Ortskrankenkassen



Datenkörper

	2005	2006	2007
Krankenhausabrechnungsfälle geriatrischer Fachabteilungen (Rohdaten)	83.589	86.387	86.275
- nur vollstationäre Versorgung	74.736	77.455	76.948
- und Alter mindestens 60 Jahre	71.126	73.805	73.436
- und aus Kliniken mit ≥ 10 Abrechnungsfällen	71.078	73.795	73.422

**Gegenstand der
Auswertungen**

Gliederung

Es werden damit betrachtet:

- vollstationäre Krankenhausabrechnungsfälle mit Versorgung durch geriatrische Fachabteilungen
- von Versicherten > 60 Jahre
- aus Kliniken mit mindestens 10 Abrechnungsfällen von AOK-Versicherten

Beschränkungen:

- „ungeplante“ Geriatrien ?
- Geriatrien als „besondere Einrichtungen“ (z.B. Klinik für Rehabilitation und Frührehabilitation) ?
- Geriatrie als eingebetteter Bereich einer anderen Fachabteilung („Alterstraumatologie“) ?



Gliederung

1. Stellung der Krankenhausgeriatrie im Versorgungsprozess und Implikationen für Routinedaten
2. Vorgehen des KCG bei Routinedatenauswertungen
3. Ausgewählte Ergebnisse
 - Fallzahlen
 - Hauptdiagnosen, geriatrietypische Merkmalskomplexe
 - Verweildauern
 - Geriatriisch-frührehabilitative Komplexbehandlungen (GFK)
 - Verknüpfung von Strukturdaten und Krankenhausabrechnungsdaten
4. Zusammenfassung



Basisdaten Krankenhausgeriatrie

	2005 (N= 71.078)	2006 (N= 73.795)	2007 (N= 73.422)
datenliefernde Kliniken	180	189	189
Anteil Frauen	72,4 %	72,4 %	71,9 %
Alter:			
- Mittelwert	80,8	80,9	81,1
- Anteil > 80 Jahre	54,3 %	55,0 %	55,7 %
- Anteil \geq 85 Jahre	32,3 %	34,0 %	34,8 %
mittlere Gesamtverweildauer	20,5 Tage (19)	20,4 Tage (19)	19,8 Tage (19 Tage)

Median in Klammern



TOP-12-Hauptdiagnosen (3-Steller)

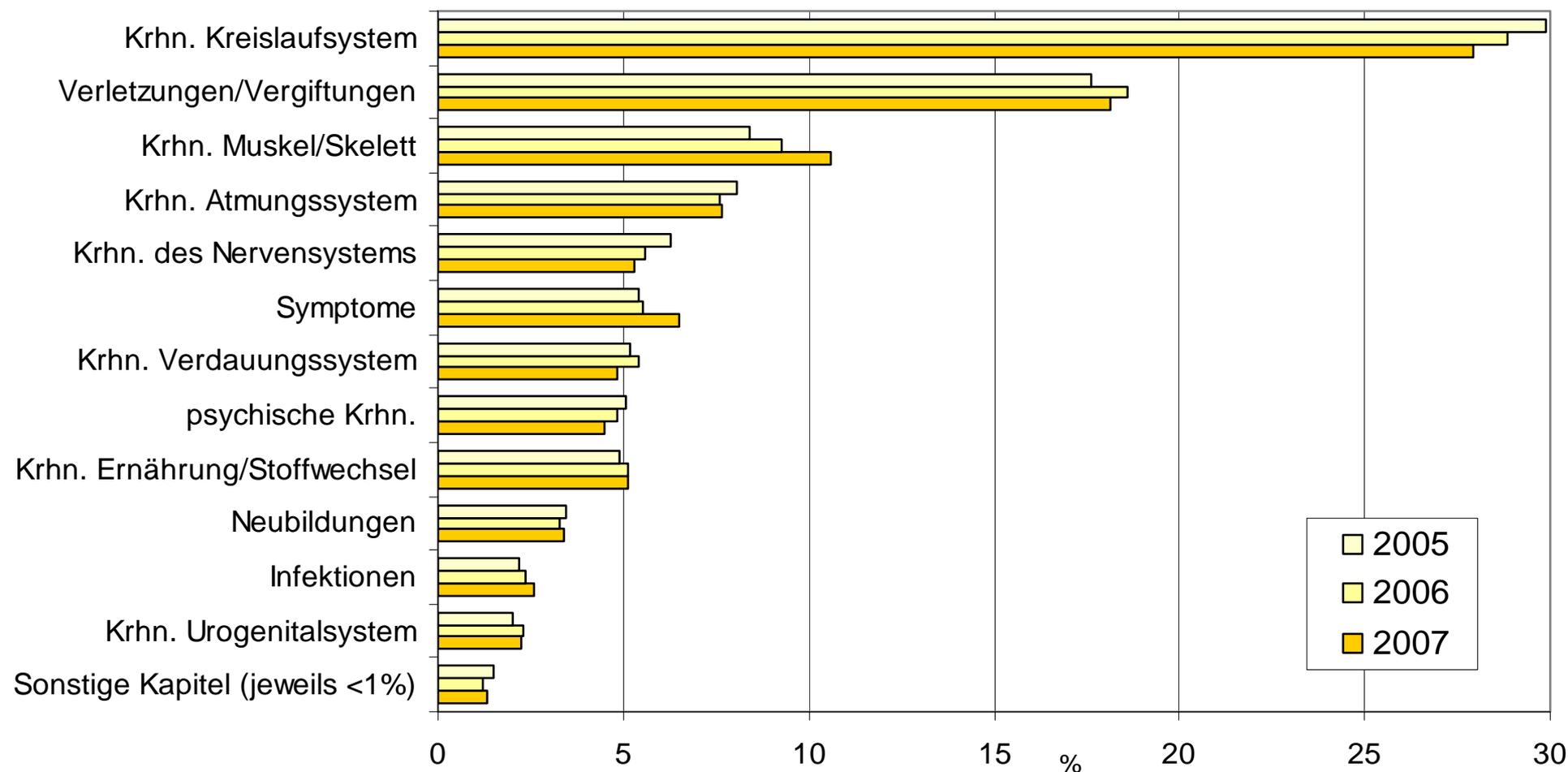
Jeweils > 720
unterschiedliche
Hauptdiagnose-
Kodes

	2005	2006	2007
Hirninfarkt (I63)	9,3	9,3	9,0
Femurfraktur (S72)	9,1	9,5	9,2
Herzinsuffizienz (I50)	7,3	7,0	6,7
Pneumonie (J18)	2,5	3,4	2,9
Störungen des Ganges und der Mobilität (R26)	2,4	2,5	3,4
Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] (E11)	2,4	2,2	2,1
LWS- und Beckenfraktur (S32)	2,3	2,5	2,5
Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit (J44)	2,0	1,8	2,0
Akuter Myokardinfarkt (I21)	2,0	1,9	1,9
Volumenmangel (E86)	1,8	2,1	2,2
Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome (G45)	1,6	1,4	1,2
Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet (I64)	1,6	1,3	0,9

(geordnet nach der Häufigkeit für 2006 in Prozent)



Hauptdiagnosen nach ICD-Kapiteln



(geordnet nach der Häufigkeit für 2006 in Prozent)

Geriatritypische Merkmalskomplexe

Ausgangspunkt:

Operationalisierungsvorschlag zur „geriatritypischen Multimorbidität“ gemäß Abgrenzungskriterien der Geriatrie V1.3 der Fachgesellschaften Geriatrie und der BAG Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen e.V., Stand: 29.02.2004 (siehe auch Kodierleitfaden der Fachgesellschaften)

Adaptation durch das KCG:

- Anpassung an die ICD-Fortschreibung
- Ergänzung insbesondere unspezifischer Kodieralternativen (z.B. nicht näher bezeichnete Demenz - F03)
- Reduktion um rein organbezogene Schmerzcodes

Abgrenzungskriterien der Geriatrie

VERSION V1.3

Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Basierend auf den Ergebnissen der Essener Konsensus-Konferenz vom 15.01.2003 in Essen und der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover

Angelehnt an die Definition des geriatrischen Patienten in der BRL Vorsorge und Rehabilitation

A. Schramm
N.-R. Siegel
E. Steinhagen-Thiessen
W. Vogel
J. Wehmeyer
N. Wrobel

Red.: M. Borchelt*, L. Pientka, N. Wrobel

Stand: 29.02.2004 (Red.: 16.03.2004)

BAG KGE



DGGG

* Korrespondenzadresse: Dr. med. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, mailto:m.borchelt@charite.de

Geriatritypische Merkmalskomplexe

Geriatritypische Multimorbidität ist erfüllt, wenn zwei der nachfolgenden 15 Merkmalskomplexe erfüllt sind:

Immobilität | Sturzneigung und Schwindel | kognitive Defizite | Inkontinenz
Dekubitalulcera | Fehl- und Mangelernährung | Depression, Angststörung
Störg. im Flüssigkeits-/Elektrolythaushalt | Schmerz | Sensibilitätsstörung |
herabgesetzte Belastbarkeit/Gebrechlichkeit | starke Seh- oder Hörbehinderung
Medikationsprobleme | hohes Komplikationsrisiko | verzögerte Rekonvaleszenz

- anhand von Diagnosen der ICD-10 operationalisiert
- keine Unterscheidung zwischen Haupt- oder Nebendiagnosen



Geriatritypische Merkmalskomplexe

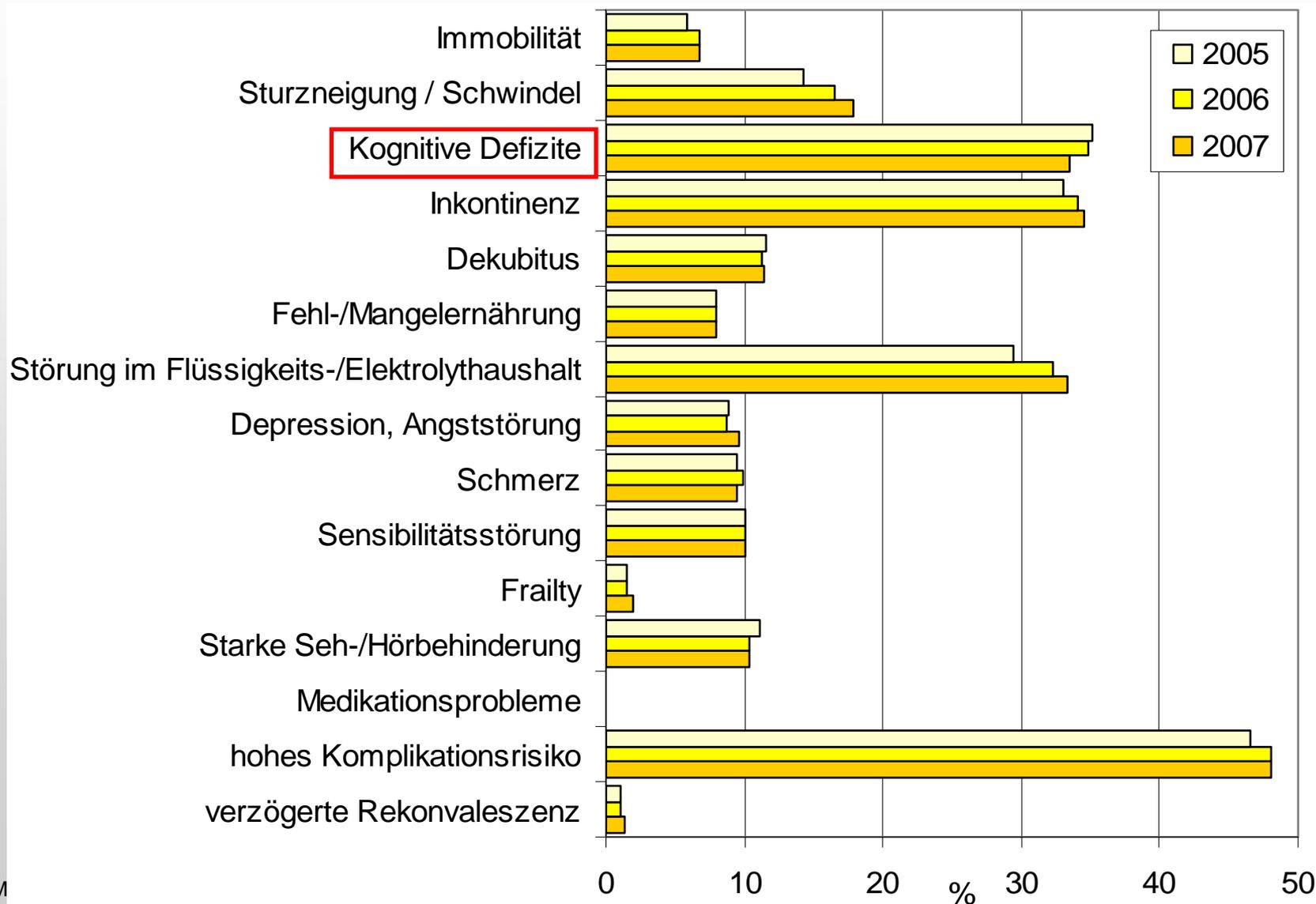
Beispiel: Geriatritypischer Merkmalskomplex „Immobilität“

Diagnose-Kriterien:

- Immobilität nach medizinischen Eingriffen (M96.8) oder
- Alters- und/oder morbiditätsbedingte Immobilität (M62.3-) oder
- Inaktivitätsatrophie (M62.50 ... M62.59)



Geriatritypische Merkmalskomplexe



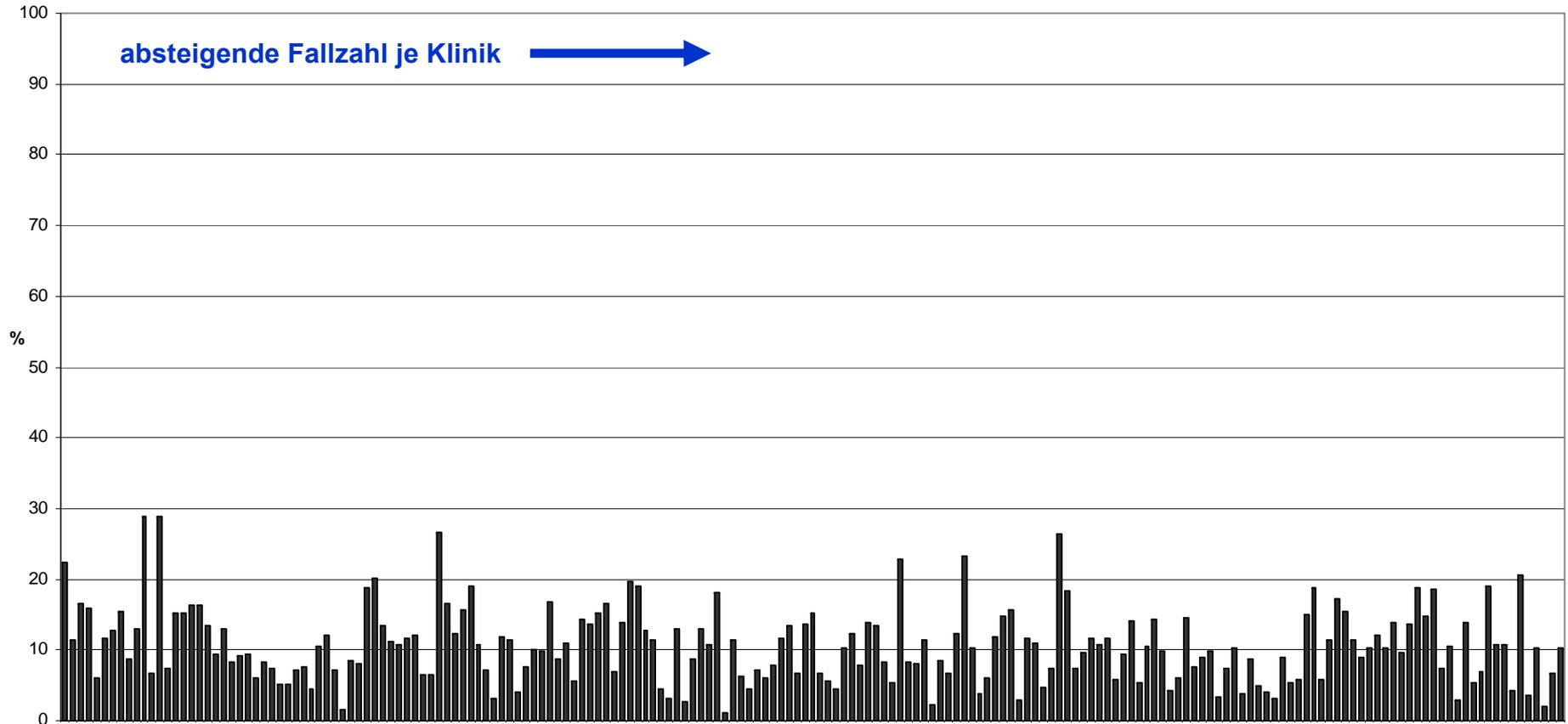
Anteil stationärer Krankenhausfälle nach Demenz 2007

Demenzdiagnosen	N	%
Demenz bei Alzheimer-Krankh.: mit frühem Beginn	67	0,1
mit spätem Beginn	2.983	4,1
atyp. o. gemischte Form	1.112	1,5
nicht näher bezeichnet	227	0,3
Vaskuläre Demenz	8.403	11,4
Demenz b. anderno. klassifiz. Krankh., speziell bei M. Park.	526	0,7
Demenz bei Vitaminmangel, Lipidstoffwechselstörungen, Multipler Sklerose, Epilepsie etc.	108	0,1
Lewy-Körperchen-Demenz	78	0,1
Demenz nicht näher bezeichnet	7.104	9,7
Gesamt	20.608	28,1

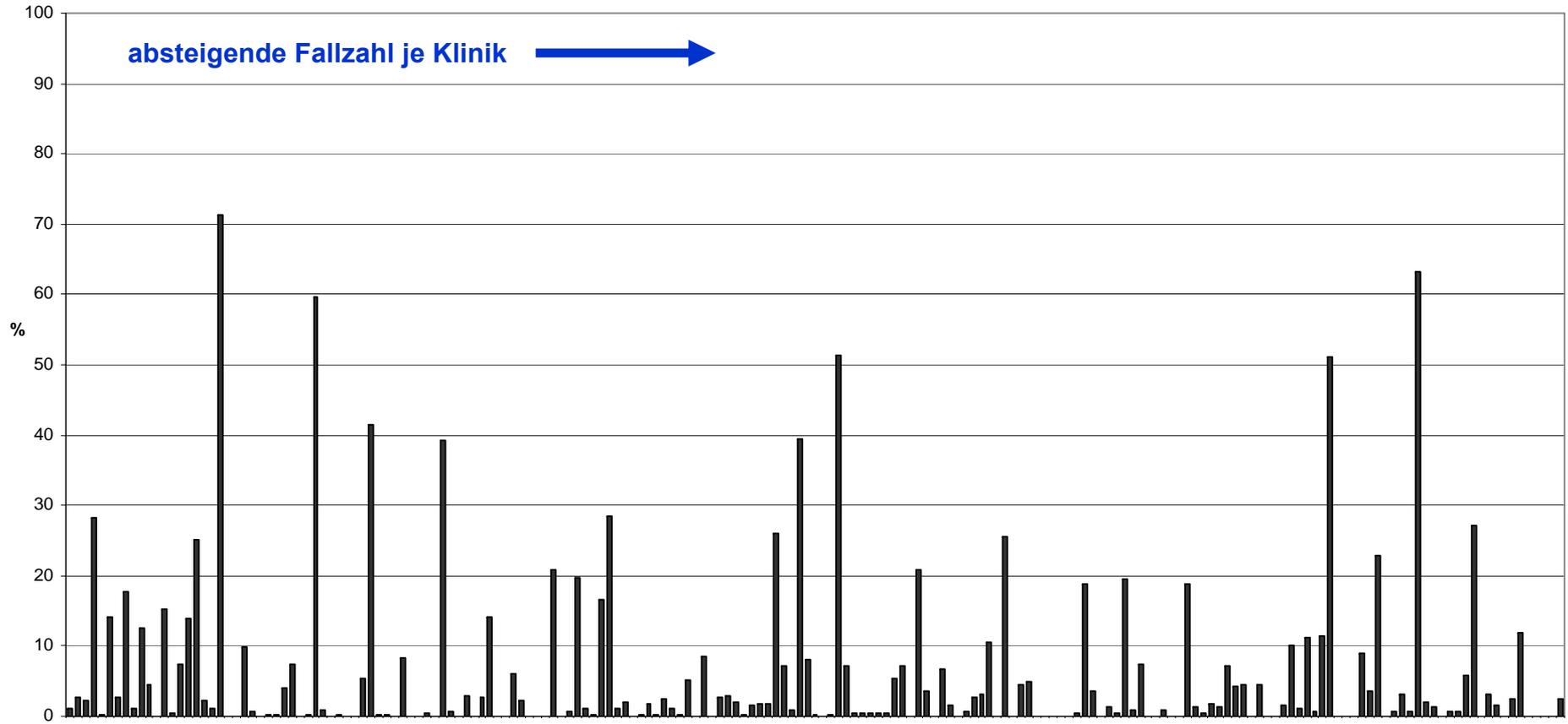
Geriatrietyp. Merkmalskomplex „Kognitive Defizite = 33,1%



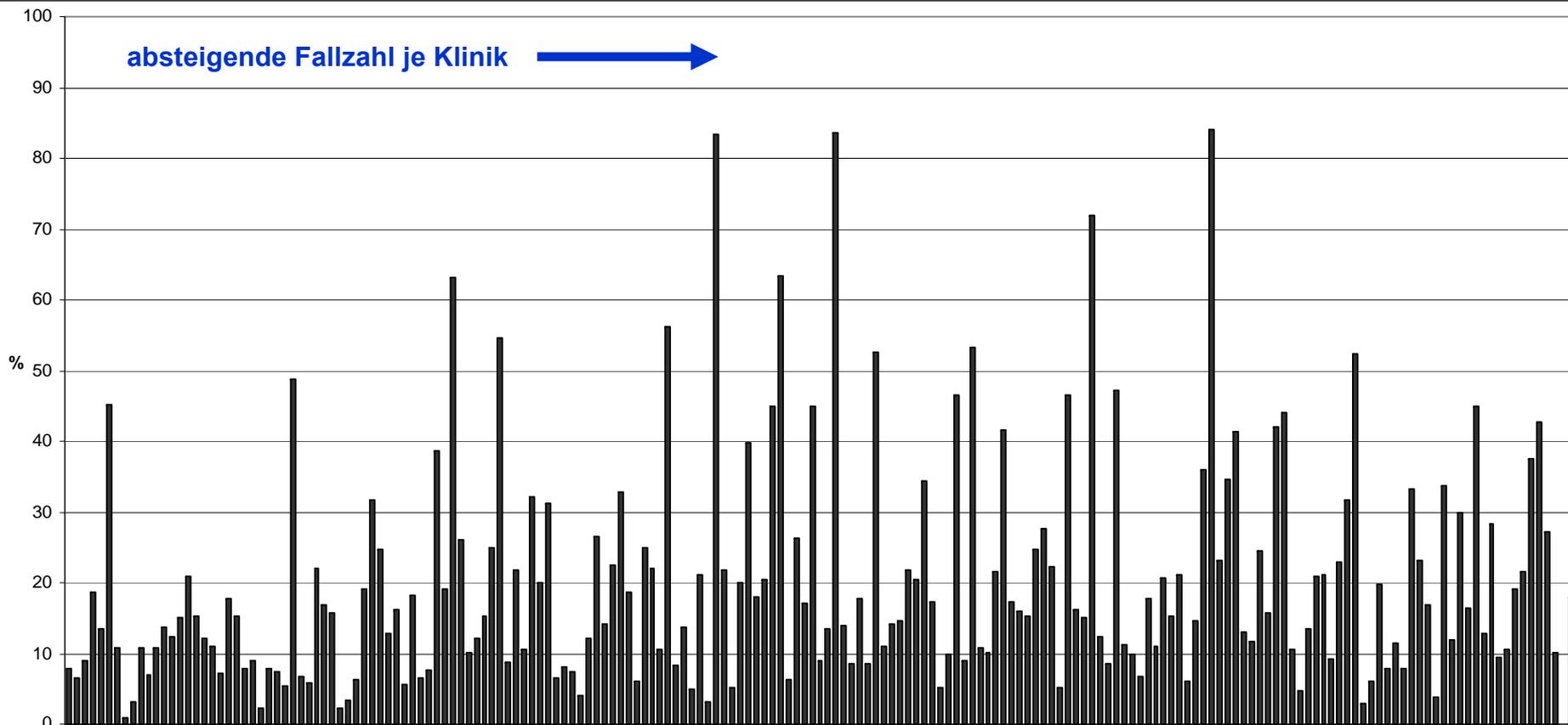
Klinikspezifischer Anteil stationärer Krankenhausfälle nach Dekubitus 2007



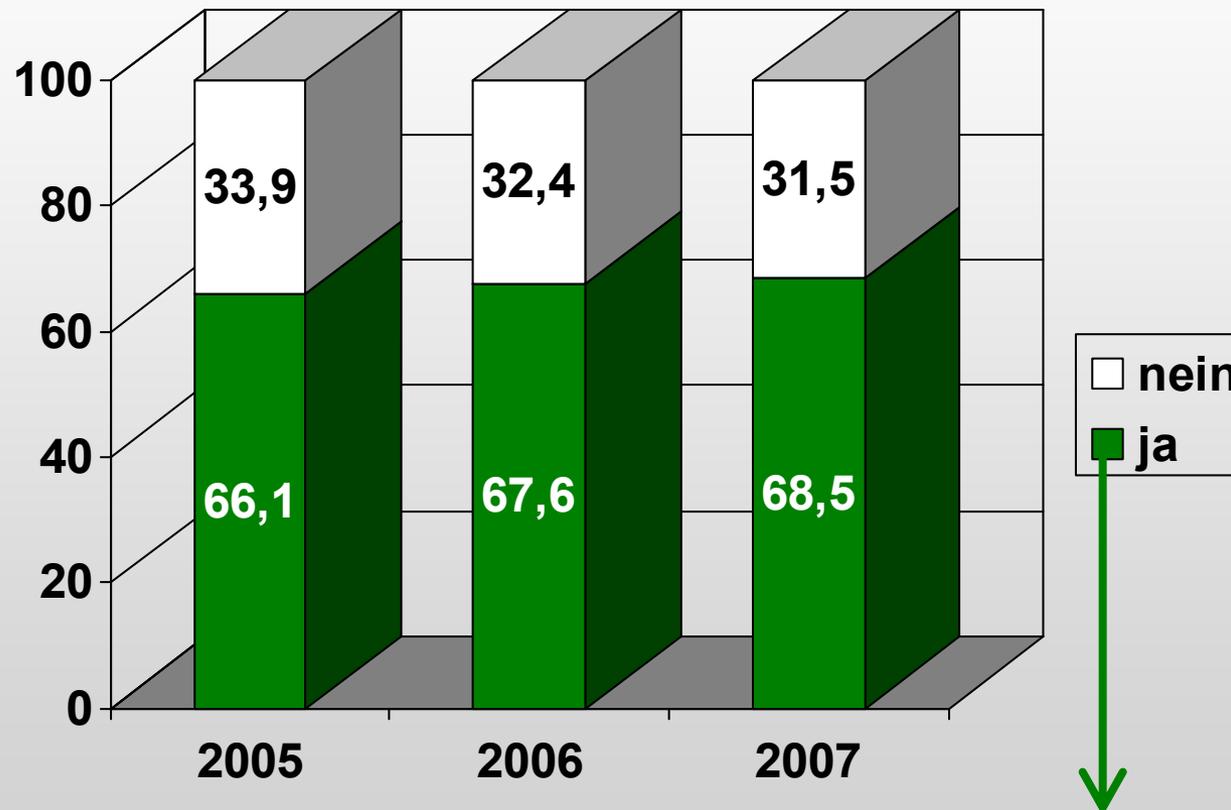
Klinikspezifischer Anteil stationärer Krankenhausfälle nach **Immobilität** 2007



Klinikspezifischer Anteil stationärer Krankenhausfälle nach **Sturzneigung / Schwindel** 2007



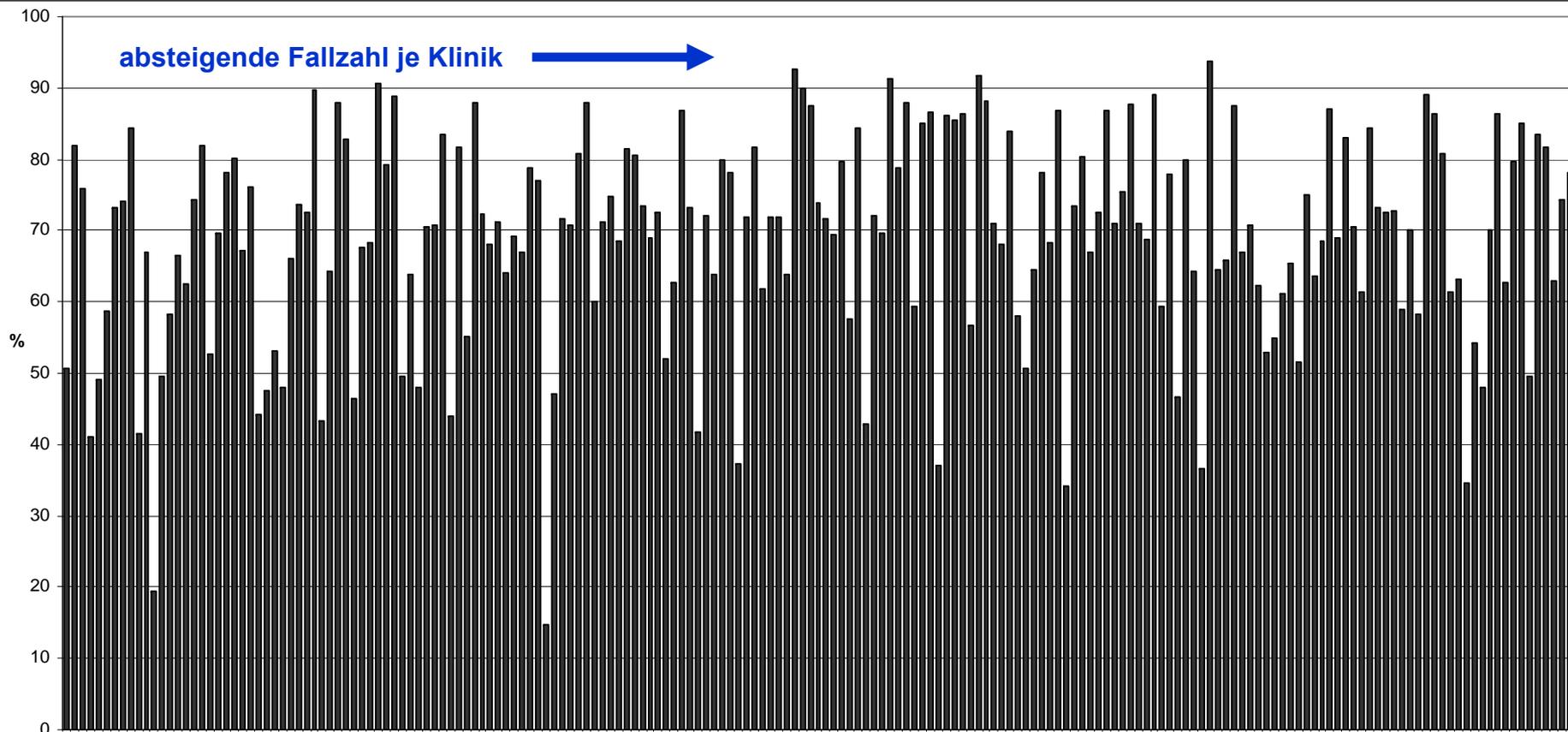
Geriatritypische Multimorbidität



2 von 15 geriatritypischen Merkmalskomplexen sind erfüllt

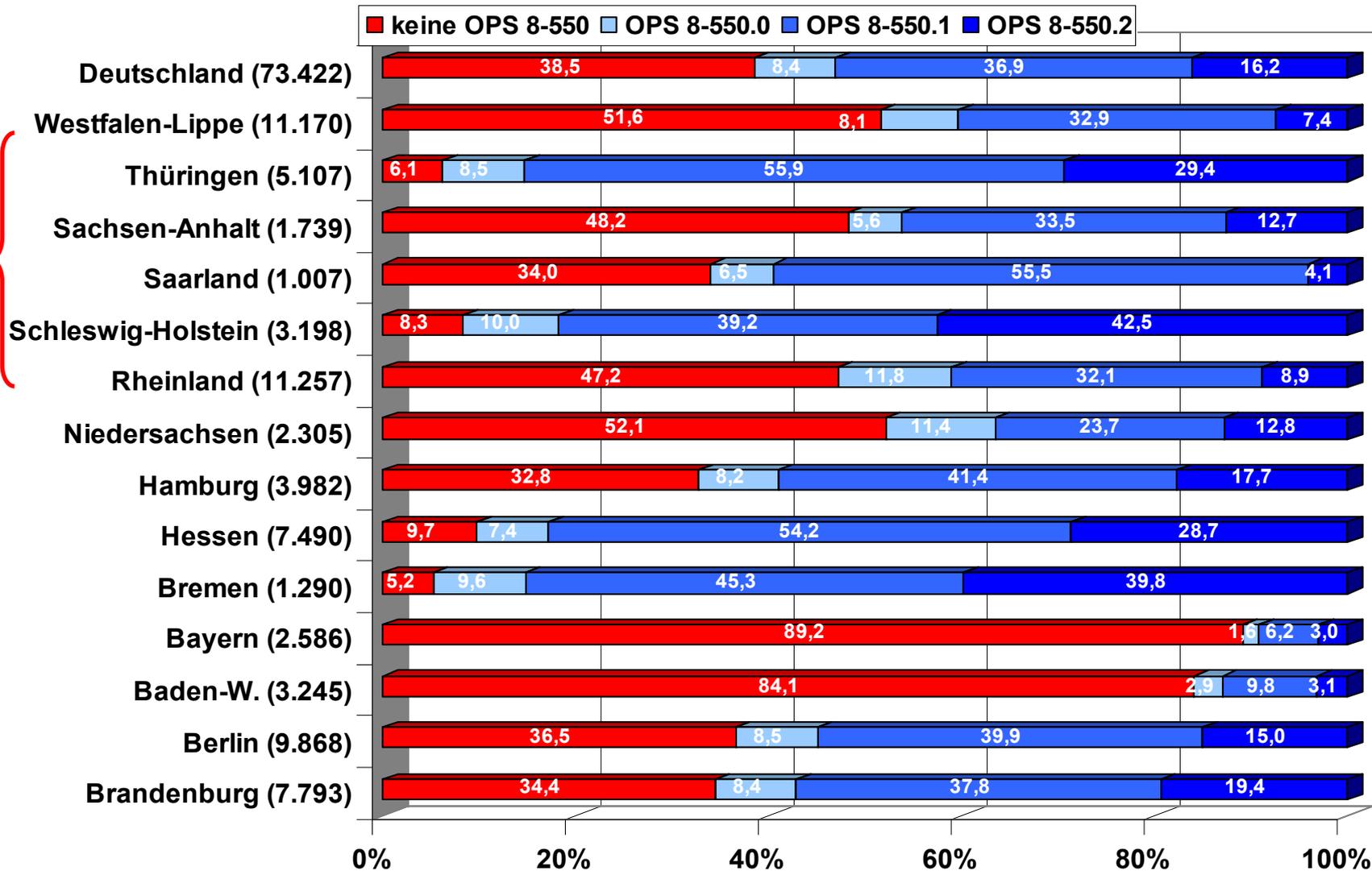


Anteil stationärer Krankenhausfälle nach geriatrietyp. Multimorbidität 2007

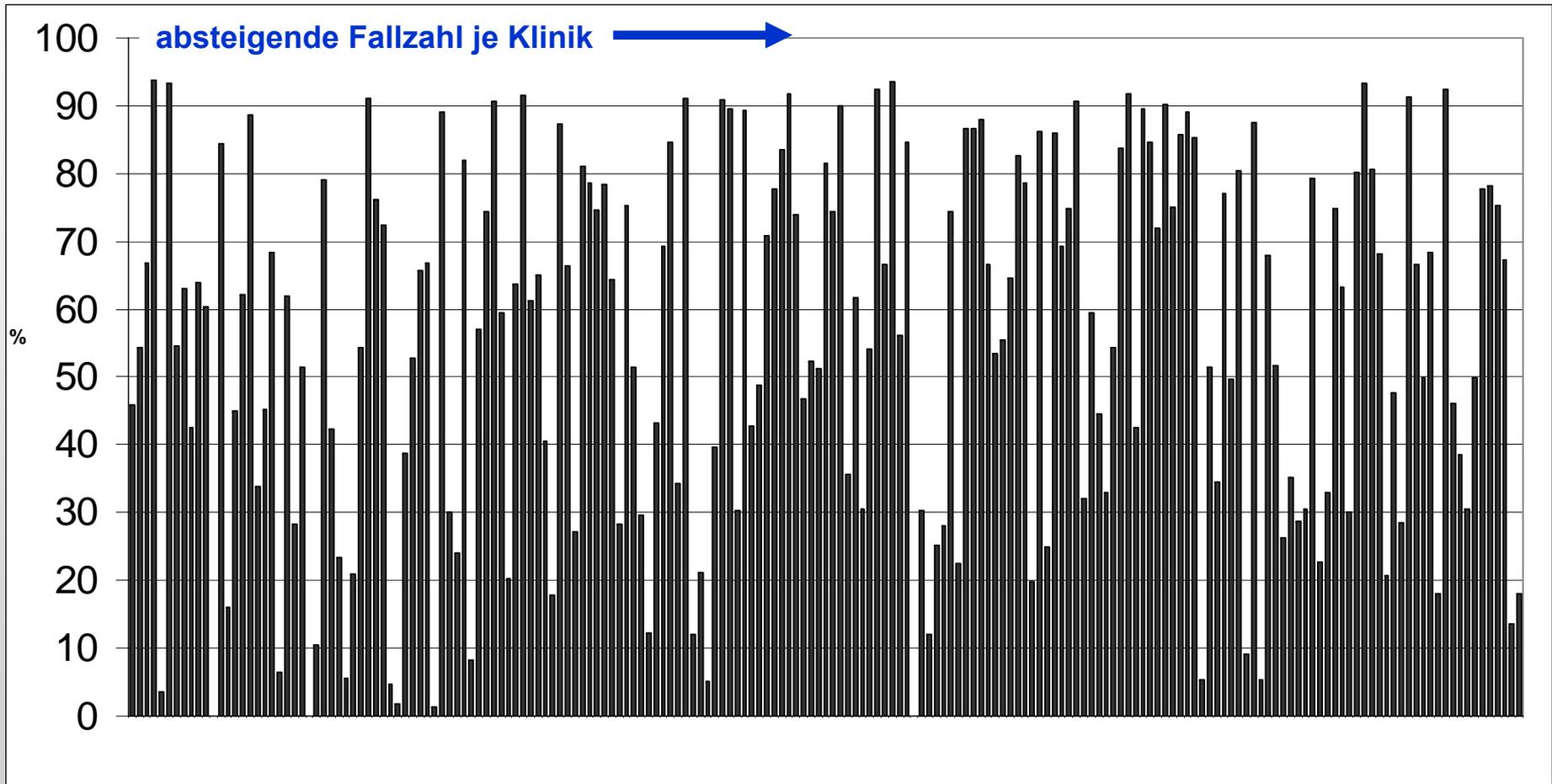


Anteil stationärer Krankenhausfälle nach Kodierung einer GFK (OPS 8-550*) 2007

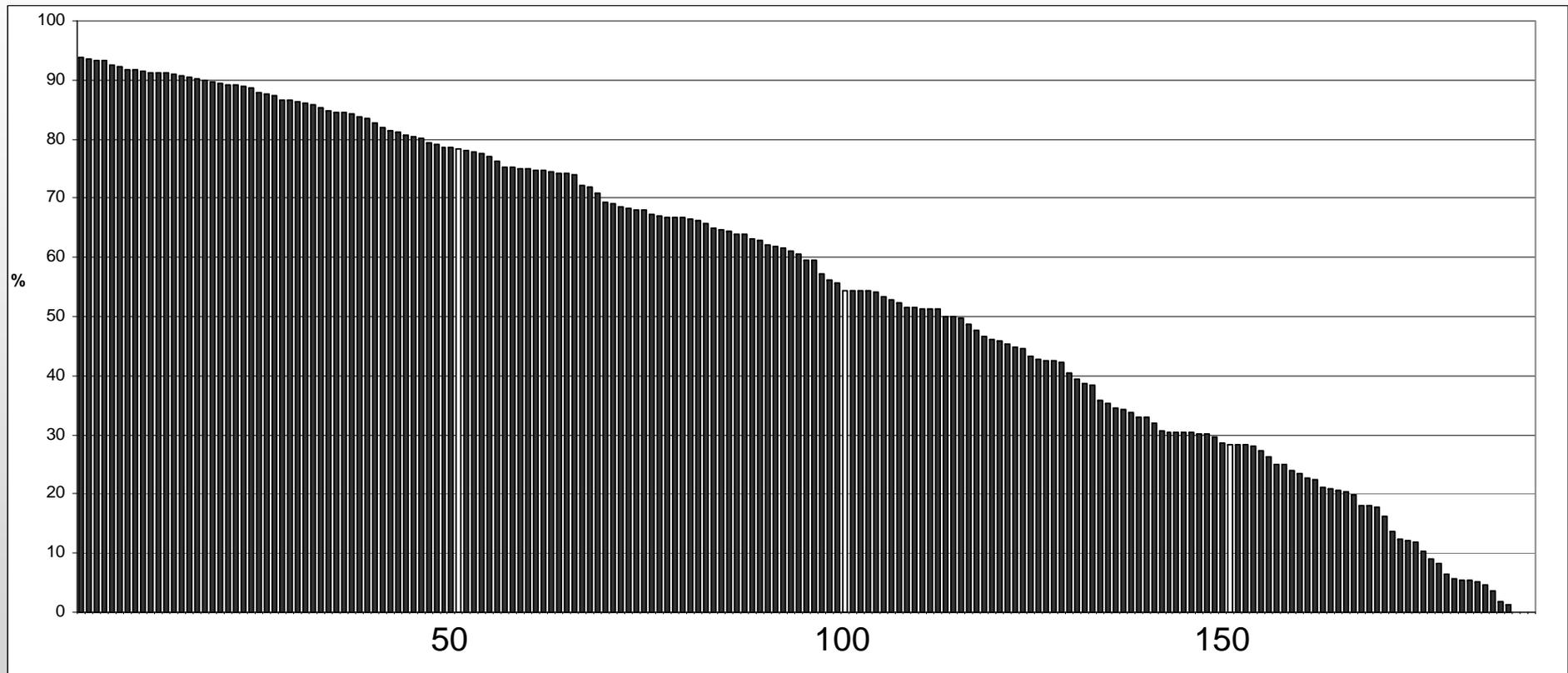
NRW



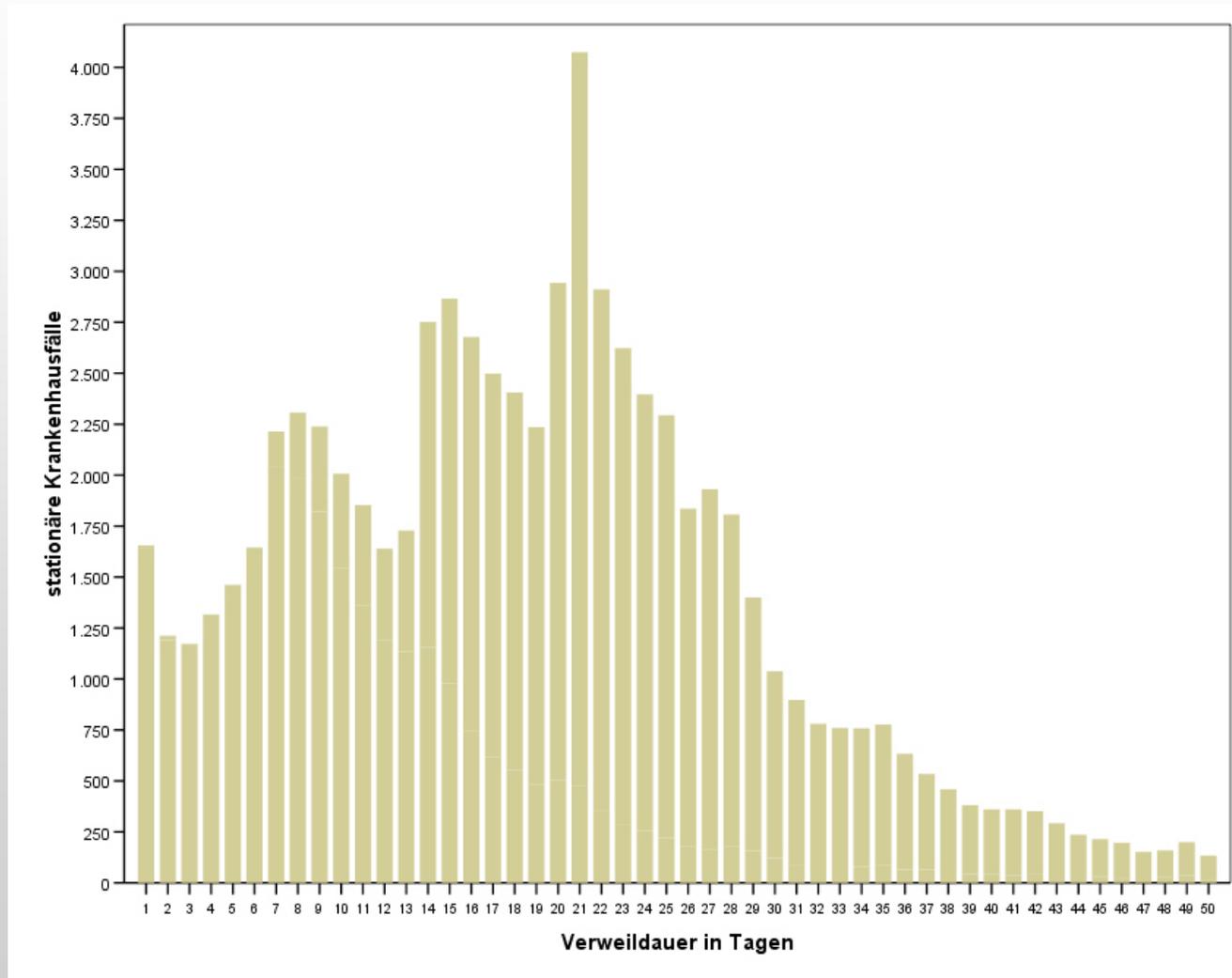
Klinikspezifischer Anteil stationärer Krankenhausfälle nach Kodierung einer GFK (OPS 8-550*) 2007



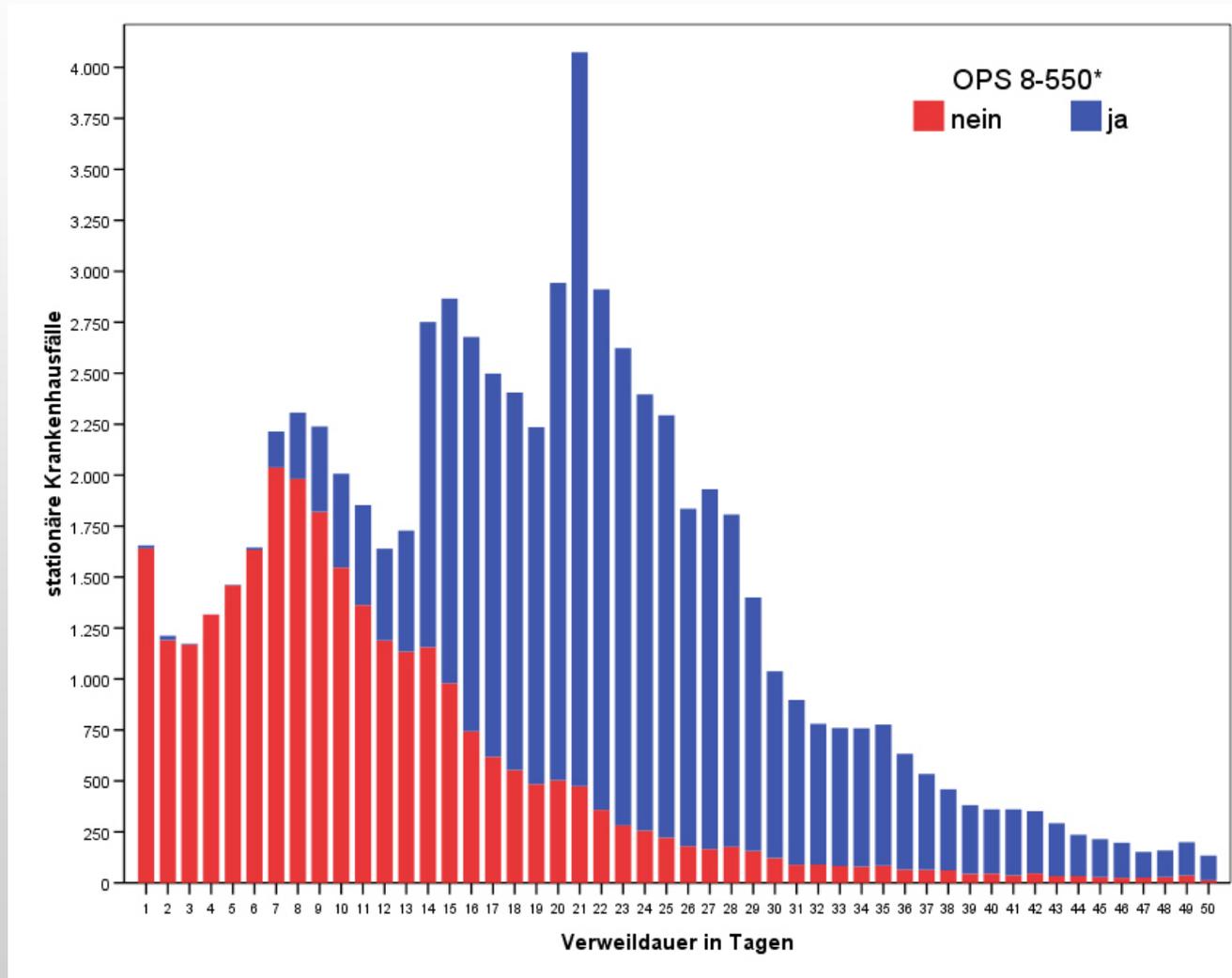
Klinikspezifischer Anteil stationärer Krankenhausfälle nach Kodierung einer GFK (OPS 8-550*) 2007



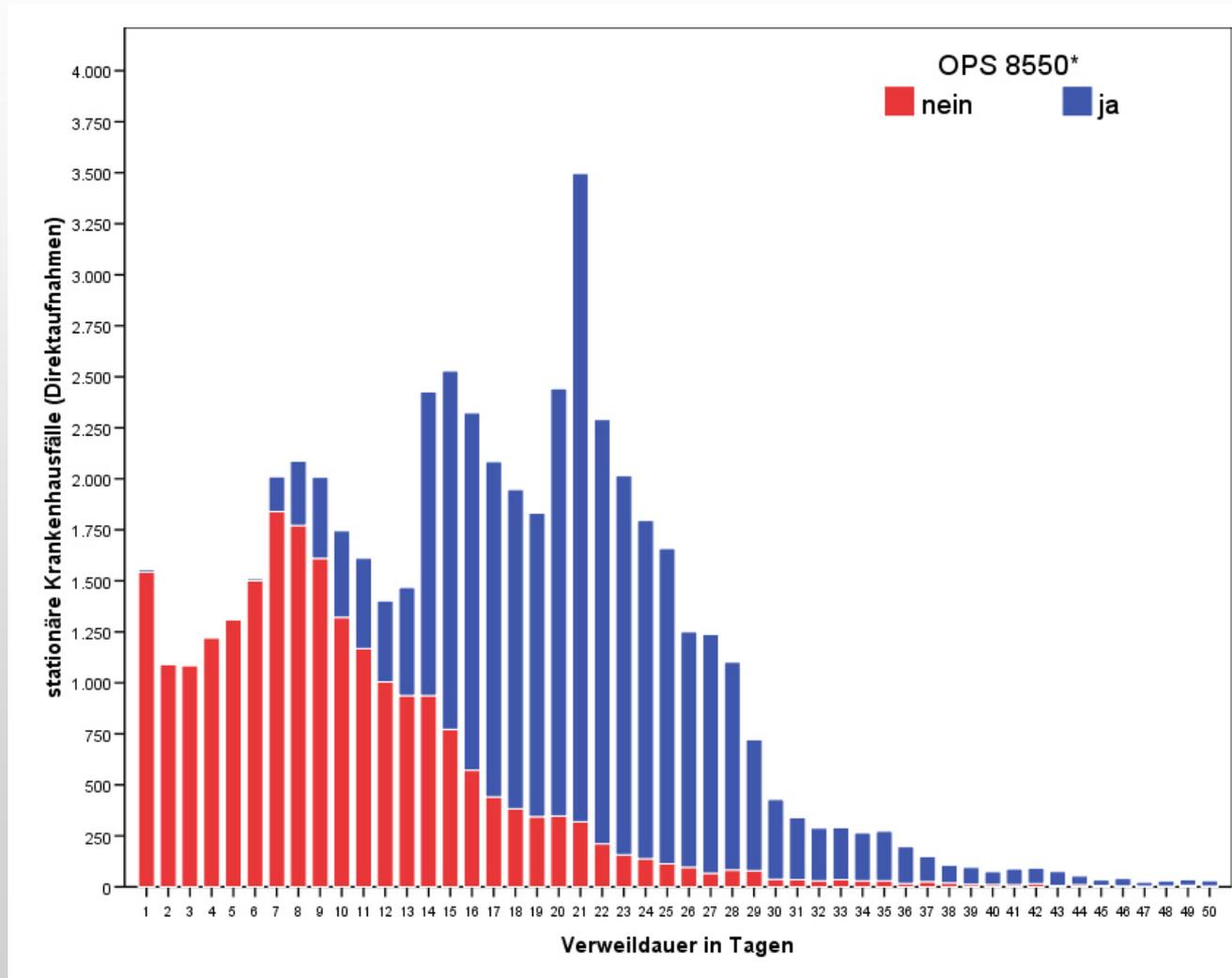
Gesamtverweildauer in der Geriatrie nach GFK 2007



Gesamtverweildauer in der Geriatrie nach GFK 2007



Gesamtverweildauer in der Geriatrie nach GFK 2007 (nur Direktaufnahmen)

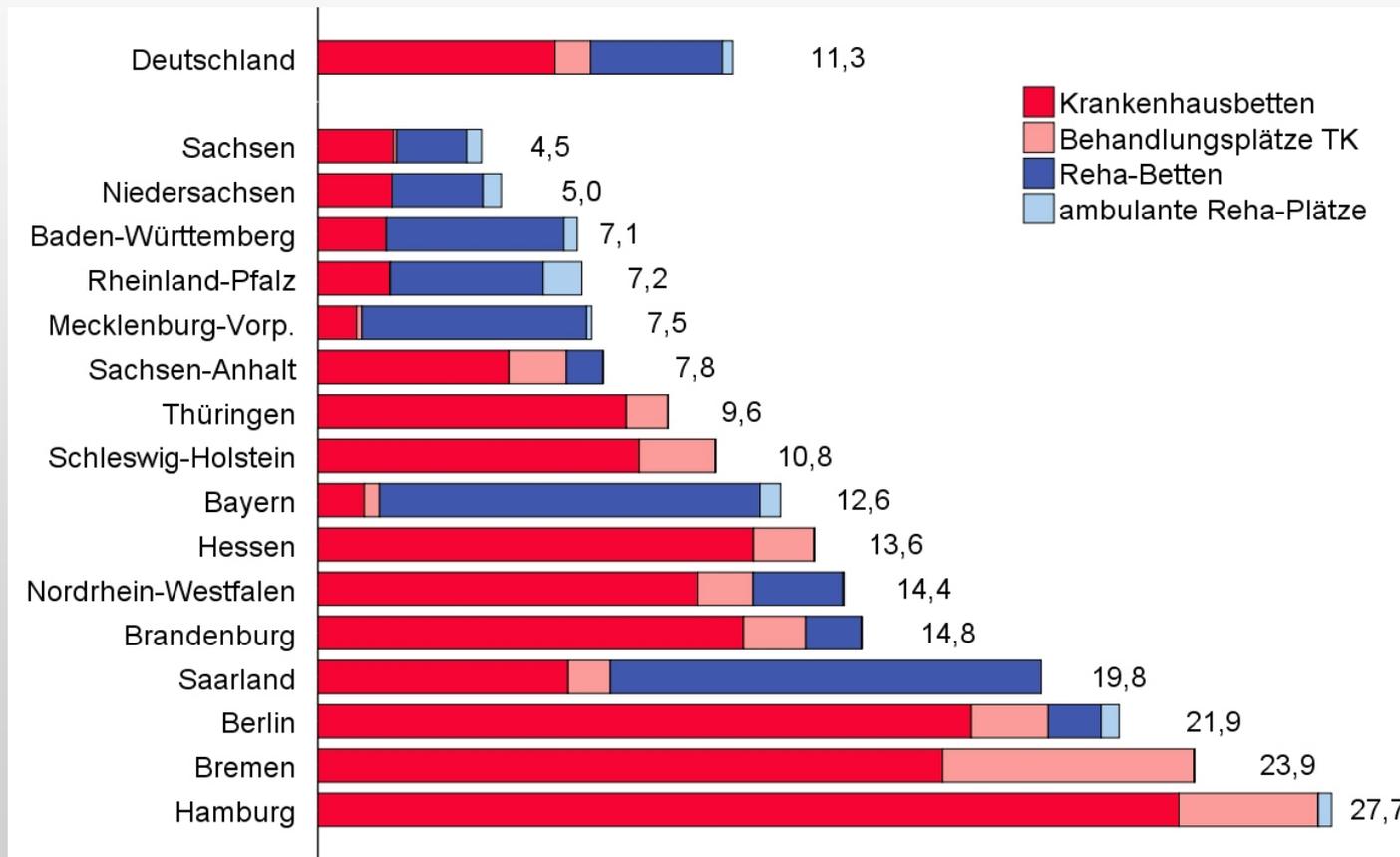


Geriatrietyp. Multimorbidität * DRG (TOP 20 der Geriatriegruppe)

DRG	(gelb = DRG mit GFK - geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung)	Gesamt	%- MM	RV
I41Z	GFK bei Krh. und Störg. an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	12.246	73,9	2,198
B44B	GFK bei Krh. und Störg. des Nervensystems mit schweren Funktionseinschränkung, ohne NKB ...	5.835	81,6	2,905
F48Z	GFK bei Krh. und Störg. des Kreislaufssystems	4.814	67,0	2,273
B44D	GFK bei Krh. und Störg. des Nervensystems ohne schwere Funktionseinschränkung, ohne NKB ...	4.653	64,6	2,124
I34Z	GFK mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störg. an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	3.135	75,8	3,865
E42Z	GFK bei Krh. und Störungen der Atmungsorgane	2.100	67,7	2,571
B70E	Apoplexie ohne neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ... mit äußerst schweren CC	1.969	66,6	1,173
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC ...	1.522	78,3	1,247
G52Z	GFK bei Krh. und Störg. der Verdauungsorgane	1.496	70,6	2,673
B69C	TIA und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit äußerst schweren CC ...	1.484	82,7	0,976
E77C	Andere Infekt. Und Entzündg. der Atmungsorgane ...	1.479	85,0	0,755
K62Z	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen	1.358	87,1	0,694
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC	1.164	36,9	0,809
K44Z	GFK bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1.036	85,0	2,109

Kombination von Strukturdaten und GKV-Routinedaten

1. Daten der amtlichen Krankenhausstatistik, Eigene Erhebungen bzw. Angaben der Kostenträger



Geriatrische Versorgungsquoten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen pro 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter (Stand 2006)

2. Auswertungen anhand von Krankenhausabrechnungsdaten



Gesamtverweildauer in der Geriatrie nach Strukturtyp 2007

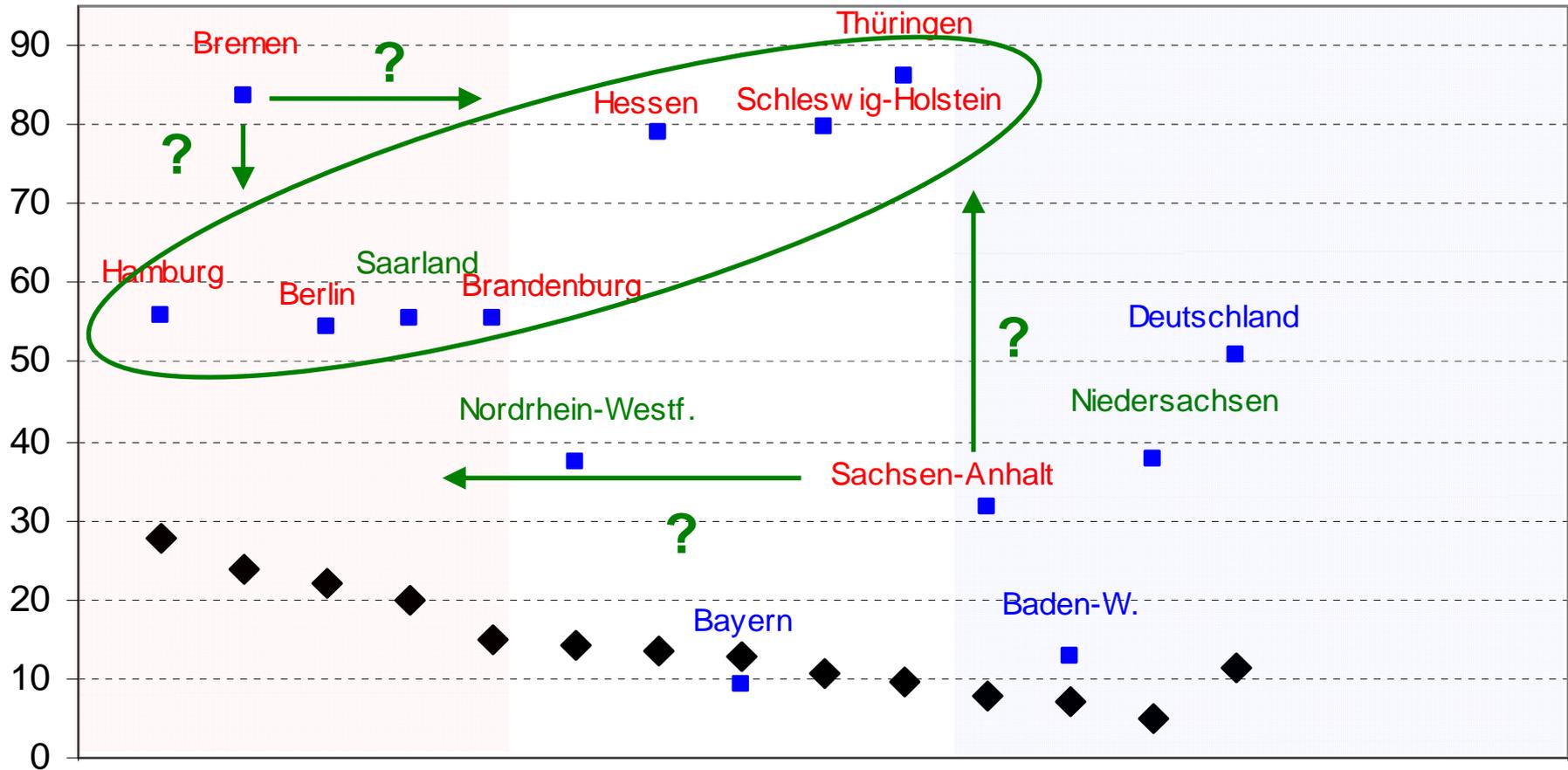
Verweildauer stationärer Abrechnungsfälle (Alter ≥ 60 Jahre) in Abhängigkeit vom Versorgungskonzept

Strukturtyp	Geriatricgruppe	Vergleichsgruppe
109-er Länder	22,2 (21)	8,9 (7)
Länder mit Mischstrukturen	17,8 (16)	9,9 (8)
111-er Länder	13,2 (10)	9,8 (7)
Mittelwerte, Mediane in Klammer		AOK-Daten 2007



Geriatrische Versorgungsquoten und erlösrelev. GFK nach Bundesländern

◆ geriatrische Versorgungsquote ■ potenz. erlösrelevanter OPS-Anteil 2006



Gliederung

1. Stellung der Krankenhausgeriatrie im Versorgungsprozess und Implikationen für GKV-Routinedatenauswertungen
2. Vorgehen des KCG bei Routinedatenauswertungen
3. Ausgewählte Auswertungsergebnisse
4. Zusammenfassung



Fazit

- GKV-Routinedatenauswertungen sind ein wichtiges Element der Grundsatzberatung der Medizinischen Dienste gemäß § 275 (4)
- GKV-Routinedaten ergänzen die Perspektive, die durch Einzelfallbegutachtungen der MDK n gewonnen werden
- aus Geriatrie-Sicht sind wichtige GKV-Routinedaten derzeit noch nicht kassenübergreifend standardisiert elektronisch verfügbar (z.B. Rehabilitation, Hilfsmittel)
- Heterogenität der Geriatrie erschwert eine umfassende und sachgerechte Abbildung des geriatrischen Leistungsgeschehens mittels GKV-Routinedaten
- Krankenhausabrechnungsdaten eignen sich auch im Fachgebiet Geriatrie für vielfältige Fragestellungen zur Planung und Steuerung des Leistungsgeschehens



- 2006 -

Vielen Dank!

