

Stellungnahme des
Geriaters der AFK
Hr. Dr. Bajtay

Von: Bajtay, Dionyz Dr.

Gesendet: Dienstag, 9. März 2021 15:28

Betreff: Stellungnahme zum Curocon-Gutachten aus geriatrischer Sicht

Sehr geehrter Herr Dr. Hüttner,
sehr geehrter Herr Schmid,
sehr geehrte Frau Hudelmaier,
sehr geehrte Chefärzte,

erlauben Sie mir eine kurze Stellungnahme zum vorgestellten **Gutachten von Curocon GmbH**. Ich möchte aber auch hinzufügen, dass weder ich, noch jemand anderes vom Geriatrischen Schwerpunkt befragt wurden.

Aus geriatrischer Sicht ist das zweite vorgeschlagene Szenario des Gutachtens sehr interessant, schließlich beinhaltet der Vorschlag den Ausbau der Geriatrie in der HKG mit 30 Betten, Vorhalten eines Minimallabors ohne weitere Fachdisziplinen (wie z.B. Radiologie, Intensivstation etc.). Die Erlöse sollen von der Erbringung von geriatrischen Komplexbehandlungen generiert werden, die Berechnungen basieren auf 600 Komplexbehandlungen im Jahr. Dieser Vorschlag beinhaltet jedoch mehrere gravierende Probleme:

1. Mit der Durchführung der geriatrischen Komplexbehandlungen haben wir in der Klinik am Eichert sehr viel Erfahrung, seit mehr als 15 Jahren wird sie den Patienten angeboten. Bis vor einigen Jahren waren wir mit der Durchführung der Komplexbehandlung sehr großzügig, Maximum wurde 2015 erreicht mit 584 erlösrelevanten Fällen, inklusive Schlaganfälle (Anteil 25-30%), wovon allerdings geschätzt 40% vom MDK gestrichen wurde. In den letzten Jahren wurden wir jedoch wegen zunehmender MDK-Prüfquote zurückhaltender, nach dem Motto, nur die sicheren Fälle abrechnen, damit es keine Abrechnungsprobleme auftreten. Mit dieser Einstellung haben wir in den letzten Jahren etwa 100-200 Fälle erlösrelevant abgerechnet. Die Annahme, dass ohne weiteres 600 Fälle generiert werden können, ist meiner Einschätzung nach illusorisch.
2. Für den notwendigen 14-tägigen Aufenthalt in einer Komplexbehandlung muss ein Patient in der Regel nicht nur ein Problem (z.B. Schenkelhalsfraktur oder Herzinsuffizienz) haben, sondern weist zusätzlich wesentliche Komplikationen, wie Pneumonie, Nierenversagen, Delir, Wundheilungsstörung, etc. auf. Eine Isolierte Erkrankung bedarf es inzwischen selten einen zweiwöchigen Aufenthalt.

3. Komplikationsreiche Verläufe in der Geriatrie bedeuten jedoch auch die notwendige Anbindung anderer Abteilungen (wie Röntgen, Labor, Intensivmedizin, Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie, Pulmonologie, Gerontopsychiatrie, etc.) zur erfolgreichen Behandlung. Ein ständiger Hin- und Hertransport des Patienten zu diversen Untersuchungen oder Behandlungen ist absolut unzumutbar (Stichwort Delir bei kognitiven Einschränkungen), zudem wäre die Komplexbehandlung auch unterbrochen und dadurch wahrscheinlich nicht abrechnungsfähig.
4. In den letzten Jahren deutlich rückläufige Zahlen bei internistischen Patienten hängen auch wesentlich mit dem Wegfall der Schlaganfall-Patienten zusammen, die etwa 25-35% der Komplexbehandlungs-Fälle ausgemacht hatten. Sehr viele internistische Patienten, die auf Grund der Verweildauer für die Komplexbehandlung in Frage kämen, benötigen nicht mindestens zwei Therapeutengruppen (Physio-/Ergo-/Logo-/Psychologie), was jedoch die Voraussetzung für die Komplexbehandlung ist.
5. Die Geriatrie ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr unterschiedlich aufgebaut. In Bundesländern wie Schleswig-Holstein, Thüringen, Hamburg, Bremen, Berlin, z.T. Hessen, Brandenburg und NRW gibt es keine bzw. nur vereinzelt geriatrische Reha-Kliniken. Daher werden die Patienten nach der Akutbehandlung z.B. Schenkelhalsfraktur nach 3-4 Tagen in die Akutgeriatrie verlegt, und dort im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung rehabilitiert, und nach Hause oder Pflegeheim entlassen. Die geriatrische Komplexbehandlung hat einen Fallabschließenden Charakter. In Baden-Württemberg (wie auch in Bayern, Mecklenburg-Vorpommern usw.) hingegen ist die geriatrische Rehabilitation in den entsprechenden geriatrischen Reha-Kliniken gut ausgebaut, und führt die Behandlung zum Abschluss. Daher ist es verständlich, dass die Kassen keine Interesse daran haben, dass die Akut-Kliniken die Komplexbehandlungen durchführen, und anschließend die Patienten noch in eine geriatrische Rehabilitation verlegen. Damit ist auch die hohe Prüfquote der geriatrischen Komplexbehandlungen zu erklären (zuletzt >80%), hingegen z.B. in Schleswig Holstein werden gar keine Prüfungen vorgenommen.
6. Angenommen, alle geriatrischen Behandlungseinheiten würden nach Geislingen verlegt, würde dies den Verlust der Zusatzfinanzierung für den Geriatrischen Schwerpunkt bedeuten, da dafür eine geriatrische Behandlungseinheit und mehrere Fachdisziplinen am gleichen Haus oder in unmittelbarer Nähe dazu Voraussetzung sind.
7. Die vorgeschlagene Akquisition von entfernteren Patienten z.B. von der Uni-Klinik Ulm dürfte wenig Erfolg versprechen, da in Ulm das geriatrische Bethesda-Krankenhaus mit 90 Betten genau die gleichen Interessen verfolgt. In anderen Landkreisen ist die Thematik analog wie in Göppingen, in jedem Landkreis werden in den geriatrischen Behandlungseinheiten Komplexbehandlungen durchgeführt.

Zusammenfassend: Es ist meiner Einschätzung nach nicht realistisch, dass in einer ausgelagerten Abteilung ohne weiterer medizinischen Infrastruktur 600 erlösrelevante Komplexbehandlungen in 30 Betten im Jahr durchgeführt und abgerechnet werden können. Zudem ist es nicht sinnvoll, schwerkranke Patienten mit akuter medizinischer Behandlungsnotwendigkeit ohne direktem Zugriff auf weitere Dienstleistungen wie Intensivmedizin, Labor, Röntgen, andere Fachabteilungen in einem Dependence zu

behandeln, und bei jedem Problem per Krankentransport nach Göppingen zu fahren oder Leistungen extern in umliegenden Facharztpraxen einzukaufen. Gerade die Interdisziplinarität eines großen Hauses bringt eine medizinische Qualitätssteigerung, die in einer ausgelagerten Abteilung zum großen Teil verloren gehen würde.

Mit freundlichen Grüßen
Dionyz Bajtay

Anhang: Zahlen geriatrische Komplexbehandlungen 2012-2020

	2014	2013	2012
Geriatr. Komplexbeh.	720	585	499
- erlösrelevant	454	336	205

	2017	2016	2015
Geriatr. Komplexbeh	528	781	855
- erlösrelevant	280	478	584

	2020	2019	2018
Geriatr. Komplexbeh	308	355	187
- erlösrelevant	144	208	102

Dr.med. Dionyz Bajtay
Sektionsleiter
Geriatrischer Schwerpunkt
ALB FILS KLINIKEN GmbH
Eichertstraße 3
73035 Göppingen

Internet: www.alb-fils-kliniken.de

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Landrat Edgar Wolff Med.
Geschäftsführer (Vorsitzender): Dr. med. Ingo Hüttner Kfm.
Geschäftsführer: Wolfgang Schmid
Sitz: Göppingen
Registergericht: Ulm, HRB 720485