

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 77 (2006)
Heft: 11

Artikel: Fallpauschalen bei der Spitalabrechnung haben Folgen für die Pflegelandschaft : wachsendes Marktpotenzial für Heime und ambulante Pflege
Autor: Rizzi, Elisabeth
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-803978>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 09.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Fallpauschalen bei der Spitalabrechnung haben Folgen für die Pflegelandschaft

Wachsendes Marktpotenzial für Heime und ambulante Pflege

■ Elisabeth Rizzi

Die Spitalfinanzierung in der Schweiz soll neu geregelt werden. Das hat auch Konsequenzen für Pflegeheime und ambulante Pflegedienste.

Die schweizerische Spitalfinanzierung ist uneinheitlich und undifferenziert. Das ist bedenklich. Denn die Ausgaben für allgemeine Krankenhäuser machen bereits über einen Viertel der ständig wachsenden Kosten im Gesundheitswesen aus. Die Gesundheitspolitiker haben auf diesen Missstand reagiert: Die Finanzierung soll geändert werden. Die Neustrukturierung findet statt im Rahmen der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Der Ständerat hat die Revisionsvorlage gutgeheissen. Die Vorlage fordert eine leistungsorientierte Finanzierung der stationären Aufenthalte in Akutspitalern. Als Folge davon sollen die bestehenden Tagespauschalen, allfällige Abteilungspauschalen und andere Entgeltsysteme durch diagnoseorientierte Fallpauschalen ersetzt werden. Es wird erwartet, dass auch der Nationalrat auf diese Linie einschwenkt.

Ab 2009 soll in diesem Fall das sogenannte «System SwissDRG» eingeführt werden. Damit werden nicht nur die Preise für einzelne Dienstleistungen vergleichbarer: Der Preis für einen Blinddarm wird dann überall nach demselben Prinzip ermittelt. Ebenso kann der unterschiedlich hohe Behandlungs- und Pflegebedarf von Patienten differenzierter abgerechnet werden. Ein Beispiel: Heute kostet ein fünftägiger

Spitalaufenthalt für einen jungen und relativ selbständigen Patienten auf der allgemeinen Station gleich viel wie für einen schwerstpflegebedürftigen Patienten auf der Intensivstation. Künftig können sich die beiden Abrechnungen um Zehntausende von Franken unterscheiden.

Mehr Vergleichbarkeit

DRGs (Diagnosis Related Groups), also Systeme zur Klassifizierung von stationär behandelten Patienten, sind keine neue Erfindung. Die Idee der DRGs entstand Ende der 1960er Jahre in den USA an der Yale University. Seit 1983 werden DRGs von der amerikanischen Health Care Financing Administration, der staatlichen Einrichtung für die Krankenversicherung von Rentnern, als Basis für die Vergütung von Spitalleistungen eingesetzt.

Bei DRGs werden klinische und ökonomische Aspekte eines Spitals miteinander kombiniert, also die Probleme der einzelnen Patienten und Patientengruppen mit den Tarifpositionen, Kostenträgern und Kosten des Einzelfalls. DRGs haben zum Ziel, Patienten in medizinisch homogenen Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand zusammenzufassen. Um die

Patienten zu klassifizieren, werden fallspezifische Daten verwendet. Dazu gehören vor allem Haupt- und Nebendiagnosen und Behandlungen. Anhand dieser Datensätze werden die Patienten bestimmten Gruppen zugeordnet. Die Gruppen werden relativ zueinander unterschiedlich bewertet.

DRGs bergen neben Vorteilen auch Gefahren. Diese liegen insbesondere in einem missbräuchlichen Kodierverhalten, in der Selektion von Patienten und letztlich bei der Leistungsqualität. Für einzelne medizinische Bereiche wurden DRGs zudem als nicht praktikabel befunden. Dazu zählen Psychiatrie, Geriatrie und die Langzeitpflege. In der Psychiatrie konnten anhand von Geschlecht, Diagnose, Alter und Behandlung keine Cluster für den Spitalaufenthalt gebildet werden. Bei geriatrischen

In Pflegeheimen entsteht ein Mehrbedarf an qualifiziertem und weitergebildetem Personal.

Foto: Norbert K. Braun



Verzögerungen bei SwissDRG

Santésuisse, der Verband der Krankenversicherer, hat im August seine Teilnahme am Projekt SwissDRG vorderhand sistiert. Der Verband wolle ein Debakel wie Tarmed verhindern und diesmal die gesetzlichen Grundlagen forcieren und die Rahmenbedingungen gleich zu Beginn festlegen, begründet Santésuisse. Der Verband halte jedoch fest an dem vom Ständerat beschlossenen Leistungs-Abgeltungsmodell und befürworte die Einführung von Fallpauschalen. An SwissDRG sind derzeit folgende Partner beteiligt: Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), H+ Die Spitäler der Schweiz, die Medizinaltarifkommission UVG, MV/IV (MTK) sowie die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH). (eri)

«2009 noch immer möglich»



■ Wird SwissDRG per 2009 eingeführt werden können?

Walter Bosshard: Es war die Absicht, noch im Herbst 2006 die SwissDRG AG zu gründen. Deren Hauptaufgabe wird es sein, für die ständige Wartung und Weiterentwicklung des Systems zu sorgen. Santésuisse hat indes durch ihren zeitweiligen Entscheid, sich nicht an der Installierung der SwissDRG AG zu beteiligen, den laufenden Prozess in der Tat gebremst.

■ Was bedeutet das?

Bosshard: Für den Einführungstermin wird es entscheidend sein, wie rasch eine Einigung bezüglich der Ausgestaltung erzielt wird. 2009 wäre somit aus meiner Sicht immer noch möglich. Darüber hinaus gilt es zu bedenken, dass SwissDRG als Projekt so oder so ordnungsgemäss bis zu seinem Abschluss im April 2007 weitergeführt wird.

■ Was geschieht, wenn der Nationalrat nicht auf Fallpauschalen einschwenkt?

Bosshard: Das wäre sehr ungünstig. Aber selbst dann ist eine flächendeckende Einführung von SwissDRG denkbar, nämlich solange sich die beteiligten Parteien einig sind. Das aber ist bekanntlich keineswegs immer der Fall, wie das Beispiel Santésuisse zeigte.

Walter Bosshard ist Gesamtprojektleiter von SwissDRG.

Patienten und Patienten in der Langzeitpflege fällt es dagegen schwer, den pflegerischen Aufwand zu standardisieren. Dieser nimmt bei betagten Menschen eine umfangreichere Rolle ein als bei der Behandlung von Akutpatienten. Zudem sind die von den DRGs geforderten Behandlungsziele wegen des oft verlängerten und verzögerten Heilungsprozesses nicht klar formulierbar.

Schwerere Fälle für Nachbetreuung

Obwohl DRGs nicht direkt in der Geriatrie und Langzeitpflege eingesetzt werden, zeigen sie Folgen für betagte Menschen. So stellen DRGs einen Anreiz zur betrieblichen Effizienzsteigerung dar. Dies führt zu einer Verkürzung der Verweildauer im Spital. In den USA ging beispielsweise in den ersten beiden Jahren nach Einführung von DRGs die durchschnittliche Verweildauer im Spital um 10 Prozent zurück (von 9,7 Tagen 1983 auf 8,7 Tage 1985). Das heisst nicht, dass die Patienten schneller genesen: Studien aus den

USA zeigen ebenfalls, dass Patienten nach Einführung der DRGs zwar früher, aber auch kränker aus den Spitälern entlassen wurden. Die Zahl der Patienten, die weniger stabil den stationären Aufenthalt beendeten, stieg unter DRGs um 22 Prozent. Die frühzeitige Entlassung kann dazu führen, dass nachgelagerte Institutionen wie Rehabilitationskliniken und Pflegeheime sich vermehrt um die aus den Spitälern Entlassenen kümmern müssen. Peter Indra, Autor des Buches «Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen» und Leiter der Abteilung Kranken- und Unfallversicherung beim BAG, meint, auf die Rehabilitationseinrichtungen könne ein erheblich verändertes Patientenspektrum zukommen – vornehmlich ein zunehmender Anteil an schweren Fällen. Besonders bei Betagten erwartet Peter Indra künftig eine rigidere Verlegung in Pflegeinstitutionen. Er stellt deshalb zur Diskussion, ob Heime Notaufnahmebetten oder Plätze zur vorüberge-

henden Aufnahme von pflegebedürftigen Patienten bereitstellen müssen. Zudem rechnet Peter Indra auch hier damit, dass die Zahl von schwerstpflegebedürftigen Patienten (z.B. Beatmungspflichtigen) zunehmen wird. Dies wird seines Erachtens zu einem Mehrbedarf an qualifiziertem und weitergebildetem Personal in Pflegeheimen führen.

Doch auch das Personal von ambulanten Pflegediensten steht vor einer grossen Herausforderung. Spitalentlassungen werden künftig vermehrt am Wochenende und an Feiertagen stattfinden. Zum einen bedeutet das einen Mehrbedarf an Personal in der ambulanten Pflege. Zum anderen müssen medizinisch-pflegerische Verrichtungen sichergestellt werden, die derzeit noch von den Spitälern übernommen werden. Zudem ist eine Zunahme des Verwaltungsaufwandes wahrscheinlich. ■

Quelle:

Indra Peter (2004): «Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen». Schriftenreihe der SGGP. ISBN 3-85707-80-3