Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift

Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz

Band: 82 (2011)

Heft: 11: Der Tod ist gross : Sterbende brauchen Begleitung

Artikel: Fallpauschalen in den Spitälern - Chancen und Risiken für die Langzeitpflege : Pflegeheime gewinnen an Attrikativität, wenn sie neue Leistungen anbieten

Autor: Widmer, Richard

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-805422

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: 26.07.2025

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

Fallpauschalen in den Spitälern – Chancen und Risiken für die Langzeitpflege

Pflegeheime gewinnen an Attraktivität, wenn sie neue Leistungen anbieten

Ab 2012 finanzieren sich die Schweizer Spitäler nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Mit Folgen für die Langzeitpflege. Sie wird Leistungen aus dem Akutbereich übernehmen. Damit eröffnen sich den Heimen Entwicklungsmöglichkeiten. Ungenügend geregelt ist jedoch die Abgeltung.

Von Richard Widmer

Ab dem 1. Januar 2012 gilt in der Schweiz eine neue Spitalfinanzierung. Hauptpunkt ist die Einführung des neuen Tarifsystems Swiss DRG mit Fallpauschalen (siehe Kasten). DRG steht für «Diagnosis related groups», zu Deutsch: diagnosebezogene Fallgruppen. Die Einführung der Fallpauschalen wird Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. Auch die Pflegeheime werden davon betroffen sein. Die Sichtung der wissenschaftlichen Literatur zu den Auswirkungen der DRG in Ländern, die bereits damit arbeiten, lässt auf keine dramatischen Veränderungen schliessen. Nicht bestätigt sind insbesondere die Befürchtungen vorzeitiger Entlassungen aus Spitälern («bloody exits») und einer Zunahme der Wiedereintritte in Spitäler. Zwei Wirkungen können jedoch als gesichert bezeichnet werden: die abnehmende Aufenthaltsdauer im Spital und die Verschiebung der Leistungserbringung weg vom akutstationären Bereich.

Die Pflegeheime werden in der Gesundheitsversorgung noch wichtiger.

Zu beachten ist, dass die Aufenthaltsdauer praktisch in allen Ländern (mit oder ohne DRG) in den vergangenen Jahren als Folge der technischen und pharmakologischen Entwicklung kontinuierlich abgenommen hat. So betrug die mittlere Aufenthaltsdauer in Schweizer Akutspitälern vor elf Jahren 9,5 Tage, im Jahr 2008 waren es nur noch 7,7 Tage. Die Einführung von Fallpauschalen wird diese Entwicklung zusätzlich beschleunigen. Bei der Verlagerung der Leistungserbringung weg vom akutstationären Bereich gibt es zwei Möglichkeiten: Die Leistung wird in den ambulanten Sektor verlagert oder in die postakute Behandlung (Rehabilitation, Pflegeheime, Spitexbereich). Auch hier gilt indes, dass nicht die Einführung der DRG diese Entwicklung auslöst; vielmehr verstärken sie die Fallpauschalen einfach noch. Generelle Kritik an den DRG erfolgt aus ethischer Sicht: Besonders befürchten die Kritikerinnen und Kritiker eine einseitige «Ökonomisierung» des Gesundheitswesens, bei der die Interessen der Patienten und der in der Medizin und Pflege arbeitenden Menschen zu kurz kommen.

Mehr Palliativpflege im Heim

Direkte Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Pflegeheime sind dort zu erwarten, wo Pflegeheimbewohner aus einer «DRG-Umgebung» kommen, das heisst in der Regel aus Akutstationen von Akutspitälern. Sie werden in Zukunft wohl noch etwas schneller in die Pflegeheime (zurück-)kommen als bisher. Ein weiterer Aspekt ist die Komplexität und Heterogenität der geriatrischen Patienten. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Abklärung im Akutspital ungenügend ist, beziehungsweise sich auf das akut-medizinische Problem beschränkt. Dadurch würde nicht das ganze an sich vorhandene Rehabilitationspotenzial der betagten Patienten erfasst.

Konkrete Auswirkungen dieser Entwicklungen sind:

- Die in die Pflegeheime überwiesenen Bewohnerinnen und Bewohner sind ungenügend abgeklärt.
- Es gibt im Spital weniger Zeit für die Austrittsplanung (Gespräche mit den Angehörigen, dem übernehmenden Pflegeheim, der Spitex).

>>

«Die Pflegeheime sind aufgerufen, ihr Leistungsangebot zu überprüfen.»

Richard Widmer, Berater im Gesundheitswesen

Foto: zvg

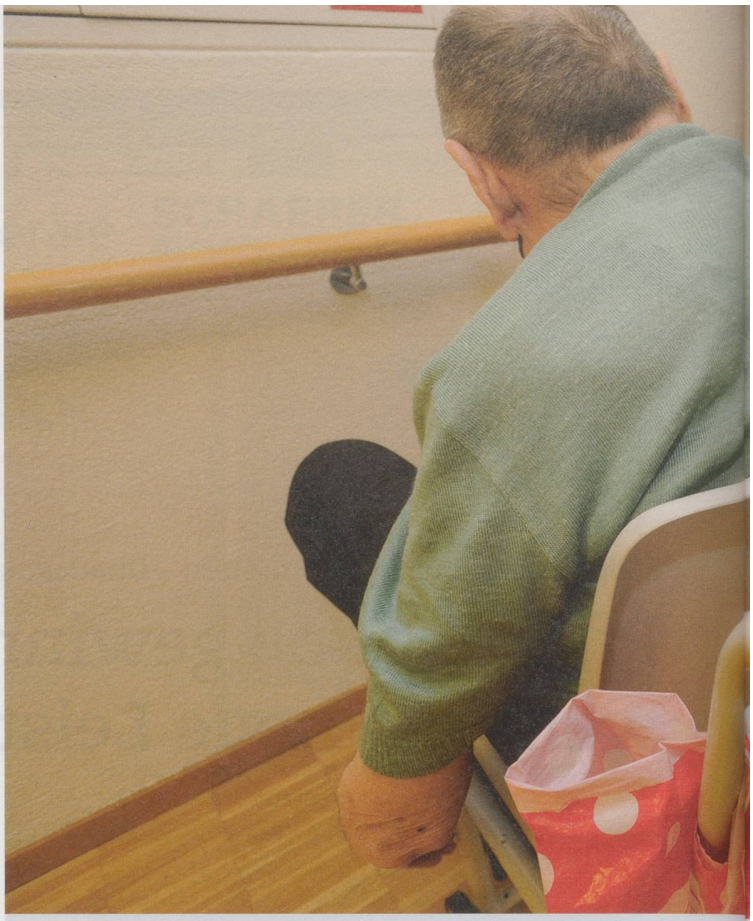
- «Postakute» Arbeitsleistungen werden vermehrt in die Pflegeheime verlagert (Rehabilitation, medizintechnische Verrichtungen, postakute Behandlung).
- Palliative Care und terminale Pflege – mit zeitaufwendigen interdisziplinären Gesprächen – werden in die Pflegeheime verlagert.

Bessere Auslastung der Heime

Die Einführung der Fallpauschalen in den Spitälern bringt für die Pflegeheime einige Chancen. Zum Beispiel: Bewohnerinnen und Bewohner kommen früher ins Pflegeheim. Bei den heutigen Tagespauschalen besteht für die Spitäler der finanzielle Anreiz, den Austritt länger als notwendig hinauszuzögern. Mit der Einführung der DRG wird dieses Phänomen wegfallen. Dies ist zu begrüssen und liegt auch im Interesse der Pflegeheime. Nicht selten «fordern» Pflegeheime «ihre» Bewohnerinnen und Bewohner von den Spitälern so schnell wie möglich zurück, vor allem beim Wiedereintritt nach einem akuten Spitalaufenthalt. Grund: Die Heime wollen ihre Plätze – nicht zuletzt aus Ertragsgründen – belegt haben. Auch die Bewohnenden sind an einer schnellen Rückkehr ins Pflegeheim – ihr Zuhause – interessiert. Dazu kommt: Pflegeheime werden für die Akutspitäler wichtiger. Akutspitäler haben alles Interesse daran, dass sie betagte pflegebedürftige Patienten schnell und gut weitergeben können. Schnell soll der Austritt sein, damit das Spitalbett wieder für einen neuen Fall bereitsteht. Und gut soll der Austritt sein, damit es nicht zu Rückverlegungen ins Spital kommt.

Stärkere Position der Heime auf dem Arbeitsmarkt

Pflegeheimen eröffnen sich auch neue Betätigungsfelder. Vom Krankenversicherungsgesetz (KVG) vorgesehen ist die Akut- und Übergangspflege. Sie erfolgt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt und dauert maximal 14 Tage. Die Akut- und Übergangspflege ist für Patienten gedacht, die abgeklärt, therapiert und an sich stabil sind, was ihre akute körperliche Situation betrifft, aber aus verschiedenen Gründen noch nicht nach Hause gehen können. Es ist zudem absehbar, dass vermehrt komplexere Palliative-Care-Patienten und terminale Patienten aus den Akutspitälern verlegt werden. In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass sich derzeit bereits verschiedene Heime zu Pflegezentren mit einem relativ breiten Angebot an ärztlichen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen entwickeln. Solche Zentren verfügen über Spezialabteilungen, mit – im Vergleich zum herkömmlichen Pflegeheim – deutlich mehr Ein- und Austritten pro Bett. Ein grosser Teil der Patienten und Bewohner verlässt diese Abteilungen wieder nach Hause oder in das «normale» Pflegeheim. Zu erwarten ist eine generelle Attraktivitätssteigerung für die Pflegeheime. Die Pflegeheime werden auch für die kantonalen Behörden in der Gesundheitsversorgung zu noch wichtigeren Partnern. Denn Pflegeheime – vor allem die grösseren Pflegezentren – werden am ehesten willens und in der Lage sein, neue Leistungsbereiche aufzubauen. Dies kann zu einer generellen Aufwertung der Pflegeheime, zu einer stärkeren Macht bei Verhandlungen mit den Finanzierern (Kassen und Kanton/Gemeinden) und zu grösserer Attraktivität der Pflegeheime auf dem Arbeitsmarkt führen.



Heimbewohner auf der Waage: Mit den Fallpauschalen in den Spitälern

Die Limitierung bei der Akut- und Übergangspflege ist für Geriatriepatienten ein Unsinn.

Ungenügend finanziert

Wie eingangs erwähnt, kann es allerdings sein, dass Akutspitäler ihre geriatrischen Patienten nur ungenügend abklären. Es besteht die Befürchtung, dass geriatrische Patienten zwar akutmedizinisch gut versorgt werden, dass aber Krankheitsbilder unerkannt bleiben und dass das vorhandene Rehabilitationspotenzial nicht ausgeschöpft wird. Sie kommen dann unvollständig abgeklärt und in einem schlechteren Zustand in die Pflegeheime. Dies erschwert dort die Pflege und Betreuung, und es beeinträchtigt die Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner. Oder aber die Bewohner kommen zu früh: Für neu aus dem Akutspital eintretende Patienten besteht das Ri-

dürften die Institutionen der Langzeitpflege mehr Gewicht erhalten.

Foto: Robert Hansen

siko, dass – unter Zeitdruck und aus einseitigen finanziellen Überlegungen – übereilte Einweisungen ins Pflegeheim erfolgen, ohne genügende medizinische und vorherige sorgfältige soziale Abklärungen.

Ein weiteres Risiko: Die Finanzierung für Akut- und Übergangspflege sowie für die postakute Versorgung ist beziehungsweise bleibt ungenügend. Mit den heute gültigen Finanzierungsformen werden die von den Akutspitälern in den Langzeitbereich verschobenen Leistungen nicht genügend finanziert. So ist die Limitierung der Akut- und Übergangspflege auf maximal 14 Tage für die geriatrischen Patienten ein Unsinn. Ein weiteres Problem liegt bei den oft nicht finanzierten Hotel- und Betreuungskosten – dies bei Fällen, wo eine Rückkehr nach Hause noch möglich ist. Diese Kosten können, da sie zum grossen Teil doppelt anfallen (nämlich in der Institution und zu Hause), die Bewohner in der Regel nicht tragen. Weiter erfassen die Pflegebedarfsinstrumente heute bei der Übernahme von neuen, länger dauernden Leistungen nicht alle Kosten – beispielsweise Palliative Care und terminale Pflege. Wird die Finanzierung nicht angepasst, ist absehbar, dass die Pflegeinstitutionen diese sinnvollen und gewünschten Leistungen nicht erbringen können.

Ausbildung hinkt hinterher

Zu denken geben auch knappe personelle Ressourcen. Dass es aufgrund der demografischen Entwicklung mittel- und langfristig zu Problemen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Pflegepersonal kommen wird, ist bekannt. Die zunehmende Komplexität durch die Verlagerung vom Akutspital ins Pflegeheim verlangt zusätzlich eine höhere Dotation an qualifizierten medizinischen und pflegerischen Fachkräften. Damit vergrössern sich die Rekrutierungsschwierigkeiten weiter.

Hinzu kommt, dass die Ausbildungen die oben beschriebene zunehmende Verlagerung der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Aktivitäten in den Langzeitbereich noch nicht genügend berücksichtigen. Den wenigsten Akteuren ist überhaupt bewusst, dass die Langzeitpflege (Heime und Spitex) über 50 Prozent der Pflegearbeitsplätze anbietet. In den Ausbildungslehrgängen dominieren denn auch immer noch die akutpflegerischen Themen. Auch den Ärzten in Praxis, Spitälern und Heimen stellen sich zunehmend komplexe geriatrische Problemsituationen, für die sie oft ungenügend ausgebildet sind.

DRG – Chancen und Risiken für die Pflegeheime

Chancen	Risiken
Bewohner kommen früher – Höherer Ertrag dank besserer Auslastung. – Bewohner kehren früher an den «richtigen» Ort zurück.	Geriatrische Patienten werden in den Akutspitälern ungenügend abgeklärt – Krankheiten werden nicht erkannt. – Es wird nicht das ganze, an sich vorhandene Rehabilitationspotenzial ausgeschöpft.
Pflegeheime werden für die Akutspitäler wichtiger – Akutspitäler sind daran interessiert, die Patienten so bald wie möglich gut weiterzugeben (Rückverlegungen minimieren).	Bewohner kommen zu früh – Bewohner sind unstabil und nicht vollständig therapiert, die soziale Abklärung fehlt. – Personaldotation (Skill-Grade-Mix) ist nicht angepasst. – Pflegetaxen (Ertrag) zu klein. – Übrige Bewohner kommen zu kurz.
Neuer Markt: Akut- und Übergangspflege bis zum «Spital light» – Interessierte Pflegeheime können ein neues Betätigungsfeld aufbauen.	Finanzierung für Akut- und Übergangspflege sowie für die postakute Versorgung ist/bleibt ungenügend – Neue Leistungsangebote bleiben aus. – Behandlung, Pflege und Betreuung sind ungenügend.
Generelle Attraktivitätssteigerung – Pflegeheime werden wichtiger in der Versorgungskette (insbesondere wichtige Partner für Akutspitäler). – Pflegeheime werden in der postakuten Versorgung tätig. – Generelle Aufwertung der Pflegeheime. – Steigerung der Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt.	Knappe personelle Ressourcen Die zunehmende Komplexität in der Altersmedizin und der Alterspflege benötigt vermehrt: – Fachärzte mit geriatrischer Ausbildung – Pflegefachkräfte mit geriatrischem Spezialwissen. Diese Fachkräfte sind nicht in genügender Zahl vorhanden.

>>

Wie reagieren?

Für die Pflegeheime stehen die folgenden Massnahmen im Vordergrund:

■ Die Zusammenarbeit mit den Akutspitälern verbessern. Damit der Übergang vom Akutspital ins Pflegeheim besser gestaltet werden kann, braucht es eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Akutspitälern. Die Zusammenarbeit sollte institutionalisiert werden, zum Beispiel in Form von regelmässigen Besprechungen. Die Übergabeprozesse sind gemeinsam zu erarbeiten. Grosses Gewicht ist dabei auf eine rechtzeitige und umfassende Information, auf die Austrittsdokumentation und die Terminplanung zu legen. Pflegeheime sollen sich aktiv um den Einbezug in die Prozessgestaltung bemühen. Die hierzu notwendigen Ressourcen müssen die Pflegeheime und die Spitäler zur Verfügung stellen. Sinnvoll könnte es auch sein, gemeinsame interdisziplinäre Weiterbildungsveranstaltungen mit Pflegenden, Spital- und Heimärzten sowie Sozialdienst zu geriatrischen Themen zu etablieren.

■ Angebotsdifferenzierungen prüfen: Die Pflegeheime sind aufgerufen, ihr Leistungsangebot zu überprüfen. Es geht darum, sich bewusst in der sich ändernden Pflegeheim-Landschaft zu positionieren. Es geht um Fragen der Spezialisierung oder der Diversifikation: Soll man beim herkömmlichen Pflegeheim bleiben? Soll man sich auf ein Segment spezialisieren, oder sind neue, zusätzliche Angebote möglich und sinnvoll? Stichworte sind: Akut- und Übergangspflegebereich, Angebot von ärztlichen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen, Slow-Stream-Rehabilitation (langfristige Rehabilitation), Spezialeinheit für Demenzkranke, Spezialeinheit für Palliative Care.

Die Gefahr besteht, dass Patienten in einem schlechteren Zustand in die Heime kommen.

Organisation überprüfen

■ Anpassung der Organisation: Pflegeheime müssen ihre Organisation überprüfen und allenfalls an die neuen Begebenheiten anpassen. Unabdingbar ist, dass die Pflegeheimleitung und das oberste Kader sich intensiv mit den in diesem Artikel aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen.

■ Selbstbewusster Auftritt: Die Pflegeheime sollten die Gunst der Stunde nutzen und sich selbstbewusster präsentieren. Die aufgezeigten Entwicklungen machen die Pflegeheime in der geriatrischen Versorgungskette noch wichtiger, als sie es schon heute sind. Es braucht ein neues Selbstverständnis. ●

Der Autor: Richard Widmer ist Berater für Unternehmen, Verbände und Behörden im Gesundheitswesen sowie Präsident des Verbands der Basler Alters- und Pflegeheime. Im Auftrag des Fachbereichs Menschen im Alter von Curaviva Schweiz hat Widmer eine Studie zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Pflegeheime verfasst. Die vollständige Studie ist zu finden auf www.curaviva.ch › Informationen › Studien.

Betagte und Babys: Wie die Fallpauschalen berechnet werden

«SwissDRG» betrifft die meisten stationären Leistungen, die akutsomatische Spitäler erbringen. Das «SwissDRG»-Fallpauschalen-System teilt die stationär behandelten Patienten in medizinisch und ökonomisch homogene Fallgruppen ein. Die Einteilung erfolgt anhand bestimmter Kriterien. Diese Kriterien beziehen sich auf den Zeitpunkt des Spitalaustritts – also nach erfolgter Behandlung – und umfassen Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, CHOP (das heisst: Klassifizierung von Operationen und Behandlungen) und weitere Faktoren, wie Alter, Geschlecht und Schweregrad.

Hohes Kostengewicht der Geriatrie

So entstehen die DRG, die diagnosebezogenen Fallgruppen. Jeder Fallgruppe wird ein empirisch ermitteltes, relatives Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe beschreibt. Das Kostengewicht 1.0 entspricht definitionsgemäss dem Mittelwert der Kosten sämtlicher Behandlungsfälle. In der «SwissDRG»-Version 5.1 beträgt beispielsweise das Kostengewicht für ein gesundes Neugeborenes 0.322. Dies bedeutet, dass ein gesundes Neugeborenes im Schnitt nur 32.2 Prozent der durchschnittlichen Kosten eines Spitalaufenthaltes verursacht. Wesentlich höher ist vergleichsweise das Kostengewicht für eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: 2.398. Die durchschnittlichen Kosten für diese Behandlung sind also rund 2,4 Mal so hoch wie die durchschnittlichen Fallkosten. Mit dem Begriff «Baserate» wird der Basispreis bezeichnet, der im DRG-System für einen Behandlungsfall bezahlt wird, dessen Kostengewicht 1.0 beträgt. Der Betrag, der für einen bestimmten Fall vergütet wird, berechnet sich wie folgt: «Baserate» des Spitals x Kostengewicht des Falls. Die «Baserate» wird gemäss Krankenversicherungsgesetz durch die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) auf Kantonsebene ausgehandelt. Derzeit liegen die «Baserates» etwa zwischen 8'000 und 10'000 Franken. Die Unterschiede beruhen auf unterschiedlichen Kostenstrukturen der Spitäler. So geht man davon aus, dass Universitätsspitäler für die Behandlung der gleichen Fälle höhere Kosten aufweisen als Regionalspitäler.

Für die einzelnen Fallgruppen werden auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die obere und untere Grenzverweildauer berechnet. Fälle, die zwischen der unteren und oberen Grenze liegen, gelten als Normalfälle und werden mit dem festgelegten Kostengewicht abgegolten. Bei Fällen, für die weniger als die untere Grenzverweildauer benötigt wird, gibt es einen Abzug. Fälle, die länger als die obere Grenzverweildauer dauern, erhalten entsprechend einen etwas höheren Betrag.

Erfolgt ein Wiedereintritt innerhalb von 18 Tagen und handelt es sich um die gleiche Krankheit oder eine Komplikation, werden die beiden Aufenthalte in der Regel zusammengerechnet und wie ein einziger Fall entschädigt. (RW)