

Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Pflegeheime

Massnahmen und Forderungen

Autor

Richard Widmer

Berater für Unternehmen, Verbände und Behörden im Gesundheitswesen
Präsident Verband der Basler Alters- und Pflegeheime
Basel

Im Auftrag von

CURAVIVA Schweiz
Fachbereich Alter

**Stand:
Juni 2011**

Unterstützt von



Auswirkungen der Einführung von DRG¹ auf die Pflegeheime Massnahmen und Forderungen

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Das SwissDRG-System
3. Literatursichtung
4. Erfahrungen in Kantonen mit DRG
5. Mögliche Auswirkungen auf die Pflegeheime
6. Generelle Trends
7. Chancen und Risiken für die Pflegeheime
8. Massnahmen und Forderungen

1. Einleitung

Am 1. Januar 2012 wird in der Schweiz eine neue Spitalfinanzierung eingeführt. Hauptpunkt ist die Einführung des neuen Tarifsystems SwissDRG mit Fallpauschalen.

Mit dem neuen schweizweit einheitlichen Tarifsystem werden die bisher geltenden unterschiedlichen Systeme, die oft Tagespauschalen vorsehen, abgelöst. Man verspricht sich mehr Transparenz und Vergleichbarkeit sowie mehr Wettbewerb. DRG sollen zu mehr Effizienz verhelfen.

Die Einführung des neuen Finanzierungssystems wird Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben. In der Diskussion in Pflegeheimkreisen ist eine gewisse Verunsicherung zu spüren. Es wird befürchtet, dass die Pflegeheime von den möglichen Auswirkungen negativ betroffen sein werden. Insbesondere wird argumentiert, dass Bewohnerinnen und Bewohner aus den Akutspitälern viel zu früh entlassen würden. Dies könne einerseits bedeuten, dass die Pflegeheime aus fachlichen und personellen Gründen nicht genügend vorbereitet seien. Andererseits sei die Finanzierung dieser Mehraufwendungen nicht gewährleistet.

In diesem Bericht geht es darum, die möglichen Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Pflegeheime zu ergründen und entsprechende Massnahmen vorzuschlagen. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegeheimlandschaft nicht homogen ist. Es gibt grosse Unterschiede bei den Heimstrukturen (Grösse, Leistungsangebot und Aufgabenstellung) und sehr unterschiedliche kantonale Regelungen. Deshalb treffen die Feststellungen dieses Berichtes für die konkrete Situation in den einzelnen Heimen in unterschiedlichem Ausmass zu.

¹ DRG (**D**iagnosis **R**elated **G**roups) = Diagnosebezogene Fallpauschalen

2. Das SwissDRG-System²

SwissDRG betrifft die akutsomatischen Spitäler; keine Anwendung findet das neue Tarifsysteem in der Rehabilitation, in der Psychiatrie und in der Langzeitbehandlung. Die Vergütung nach dem SwissDRG-System ist zudem auf die Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gemäss KVG beschränkt. Bei zusatzversicherten Patienten erfolgt die Vergütung nach den bestehenden, sehr unterschiedlichen kantonalen Systemen (in der Regel Einzelleistungsverrechnung und Tages-Teilpauschalen).

Derzeit wird schon in einigen Kantonen mit einem dem SwissDRG-System ähnlichen DRG-System gearbeitet (dem sogenannten APDRG-System). Dieses System wird per 1.1.2012 vom SwissDRG-System abgelöst.

2.1 Kriterien und Fallgruppen

Beim SwissDRG-Fallpauschalen-System werden die stationär behandelten Patienten von Akutspitälern in medizinische und ökonomisch homogene Fallgruppen eingeteilt. Die Einteilung erfolgt anhand von bestimmten Kriterien. Diese Kriterien beziehen sich auf den Zeitpunkt des Spitalaustritts, also nach erfolgter Behandlung, und umfassen:

- Hauptdiagnose nach ICD-10 (internationale Klassifizierung der Krankheiten),
- Nebendiagnosen nach ICD-10,
- Prozeduren, sogenannte CHOPs (Klassifizierung von Operationen und Behandlungen),
- weitere Faktoren (Alter, Geschlecht, Schweregrad, etc.).

Die so entstehenden Fallgruppen werden Diagnosis Related Groups (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen) genannt.

2.2 DRG basieren auf den heutigen Ist-Werten

Die konkrete Konzeption und die Umsetzung der neuen Spitalfinanzierung im Rahmen der Swiss-DRG beruhen auf der Ist-Situation in der Schweiz. Dies betrifft sowohl die Leistungserbringung als auch die Kosten. Aus diesem Grunde entsprechen die in den DRG enthaltenen Werte der heutigen Ist-Situation.

2.3 Kostengewicht

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. Die Kostengewichte werden periodisch mit aktualisierten Daten neu berechnet. 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% 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 Kosten aller Behandlungsfälle.

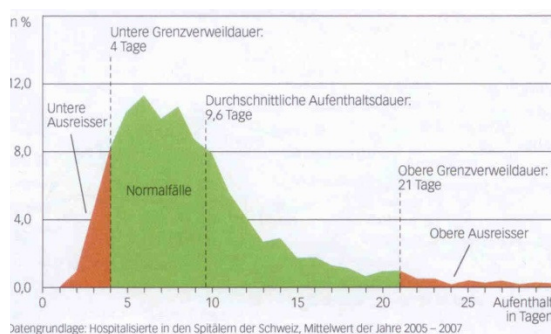
² Eine gute Einführung in die DRG gibt die Publikation Gesundheit beider Basel 1/2009 «Die neue Spitalfinanzierung»

2.4 Baserate

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 mal Kostengewicht des Falles. Der Basispreis (Baserate) wird gemäss KVG durch die Tarifpartner (Leistungserbringer und Versicherer) auf Kantonsebene festgelegt (ausgehandelt). Derzeit liegen die Baserates rund zwischen CHF 8000.– und CHF 10 000.–. 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 beispielsweise Regionalspitäler.

2.5 Aufenthaltsdauer

Für die einzelnen DRG (Fallgruppen) werden auch die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die obere und die untere Grenzverweildauer berechnet. Fälle, die zwischen der unteren und der



oberen Grenze liegen, gelten als Normalfälle und werden mit dem festgelegten Kostengewicht abgegolten. Für Fälle, für die weniger als die untere Grenzverweildauer benötigt wird, gibt es einen Abzug (= ein niedrigeres Kostengewicht); Fälle, die länger als die obere Grenzverweildauer dauern, erhalten entsprechend einen etwas höheren Ertrag (= ein höheres Kostengewicht).

Die implizierten Aufenthaltsdauern geben einen Rahmen vor; der konkrete Entscheid für den Austritt liegt aber wie bisher in der Kompetenz und der Verantwortung des behandelnden Arztes.

2.6 Wiedereintritt

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

2.7 DRG in der Geriatrie

Ziel ist es, dass alle Fälle in der Akutmedizin durch die DRG-Systematik erfasst werden. Nach anfänglicher Unsicherheit wird nun auch in der Akutgeriatrie SwissDRG zur Anwendung kommen. So gibt es im DRG-Katalog eine ganze Anzahl spezieller DRG, die sich auf die Behandlung von Geriatriepatienten beziehen (sog. «geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlungen»). Die im Katalog festgehaltenen mittleren Verweildauern dieser Fälle liegen zwischen 21 und 32 Tagen. Es gilt jedoch festzuhalten, dass Fallkostensysteme von der Ausgestaltung her für die eher kurzen akutmedizinischen Fälle und nicht für komplexe geriatriische Krankheitsbilder konzipiert sind.

2.8 Wirkung der DRG auf die Spitäler

Die Vorgaben betreffend die mittlere Aufenthaltsdauer und die oberen und die unteren Grenzwerte in den DRG erzeugen – da sie auf den Ist-Werten beruhen – zunächst einmal im Durchschnitt keinen Druck auf die Leistungserbringer. Das Gleiche gilt für die finanzielle Situation: Der Übergang in die neue Spitalfinanzierung erfolgt kostenneutral; d.h., die Leistungserbringer verfügen (im Durchschnitt) für den gleichen Output über die gleichen Ressourcen wie vor der Einführung der DRG. Zudem wird es in den ersten Jahren auch noch sehr unterschiedliche

Baserates geben (zwischen den Kantonen, zwischen Spitalkategorien und selbst zwischen vergleichbaren Spitälern). Mittel- und langfristig werden jedoch insbesondere Spitäler, die eine unterdurchschnittliche Effizienz aufweisen (d.h. eine überdurchschnittliche Baserate haben), Kostensenkungsmassnahmen ergreifen müssen.

Der monetäre Anreiz, die Patienten eher früher als bisher zu entlassen, besteht jedoch darin, dass das frei werdende Bett wieder für einen neuen Patienten zur Verfügung steht. Es ist zu befürchten, dass der Druck auf die Spitalärzte deswegen zunimmt und ihr Handlungsspielraum durch ökonomische Kriterien zu stark eingeschränkt wird.

Derzeit (Frühsommer 2011) gibt es in nahezu allen Kantonen Verhandlungen zwischen den Leistungserbringern und den Spitälern. Diese werden sehr hart geführt, nicht zuletzt darum, weil die neue Spitalfinanzierung für alle Beteiligten mit ungewohnten Risiken verbunden ist. Die konkreten monetären Auswirkungen (positiv oder negativ) auf die einzelnen Spitäler sind deshalb erst nach den Verhandlungen erkennbar.

Auch die Kantone ihrerseits haben nun den Prozentsatz, den sie an die Kosten ab 1. Januar 2012 leisten, festgelegt. Dieser Satz ist in fast allen Kantonen tiefer, als erwartet wurde. Dadurch entziehen die Kantone dem System beträchtliche finanzielle Mittel. Dieses Vorgehen der Kantone hat unmittelbare Auswirkungen auf die absehbare Prämienentwicklung. Allein dieser Akt wird zu einer Prämiensteigerung von mehreren Prozenten führen. Es ist klar, dass nun der Druck auf die Leistungserbringer deutlich mehr zunehmen wird, als dies bei der Konzeption der DRG vorgesehen war.

3. Literatursichtung

Die Sichtung der wissenschaftlichen Literatur zu den Auswirkungen von DRG in Ländern, die mit DRG arbeiten, ergibt keine einheitlichen und vor allem keine dramatischen Ergebnisse. «The scientific literature seems to suggest that the overall effect of DRG has been limited in terms of positive effects (cost containment) and negative effects (reduction in quality of care and equity / equal access)»³. Nicht bestätigt sind insbesondere die Befürchtungen von zu frühen Entlassungen («bloody exists») und von einer Zunahme der Wiedereintritte. Zwei Wirkungen können jedoch als gesichert bezeichnet werden: die abnehmende Aufenthaltsdauer und die Verschiebung der Leistungserbringung weg von akutstationären Bereichen.

³ Brügger, U. (2010). *Impact of DRGs*. Bern: Schriftenreihe <sggp. Übersetzung des Zitats: Die wissenschaftliche Literatur scheint nahezulegen, dass der Gesamteffekt von DRG bescheiden ist, sowohl hinsichtlich der positiven Effekte (Kostenzusammenhang) als auch der negativen Effekte (Reduktion der Behandlungsqualität und der Gerechtigkeit / gleicher Zugang).

3.1 Abnehmende Aufenthaltsdauer

Die meisten Studien, welche die Veränderung der Aufenthaltsdauer messen, zeigen einen signifikanten Rückgang. Allerdings ist zu beachten, dass die Aufenthaltsdauer praktisch in allen Ländern (mit oder ohne DRG) in den vergangenen Jahren infolge der technischen und pharmakologischen Entwicklung kontinuierlich abgenommen hat. So betrug die mittlere Aufenthaltsdauer in Schweizer Akutspitälern im Jahr 2000 9,5 Tage, 2008 nur noch 7,7 Tage. Die Studien lassen den Schluss zu, dass die Einführung von DRG diese Entwicklung zusätzlich beschleunigen wird.

3.2 Verschiebung der Leistungserbringung

Eine Verlagerung der Leistungserbringung weg vom akutstationären Bereich ist klar dokumentiert. Es gibt zwei Möglichkeiten der Verlagerung: in den ambulanten Sektor oder in die postakute Behandlung (Rehabilitation, Pflegeheime, Spitexbereich). Auch hier gilt erwartungsgemäss, dass diese Entwicklung nicht von der Einführung der DRG ausgelöst wurde, sondern davon temporär verstärkt wird.

3.3 Kritik aus ethischer Sicht

Generelle Kritik an den DRG besteht teilweise aus ethischer Sicht. Insbesondere wird eine einseitige «Ökonomisierung» des Gesundheitswesens befürchtet, bei der die Interessen der Patienten und der in der Medizin und Pflege arbeitenden Menschen zu wenig berücksichtigt werden.⁴

4. Erfahrungen in Kantonen mit DRG

In einzelnen Spitälern einiger Kantone (AG, BS, BE, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) wird schon seit ein paar Jahren mit einem DRG-System abgerechnet (APDRG). In der Diskussion mit Pflegeheimvertretern aus diesen Kantonen sind kaum negative Erfahrungen für die Pflegeheime infolge der Einführung der DRG-Finanzierung genannt worden. Einigen Exponenten war gar nicht bewusst, dass zuweisende Spitäler seit längerer Zeit mit dem DRG-System abrechnen.

5. Mögliche Auswirkungen auf die Pflegeheime

Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf die Pflegeheime sind nur dort zu erwarten, wo Pflegeheimbewohner direkt aus einer «DRG-Umgebung», d.h. in der Regel aus Akutstationen von Akutspitälern, kommen. PflegeheimEintritte veranlasst von Hausärzten, von Rehabilitationskliniken, Psychiatrischen Kliniken oder Übergangspflegeeinrichtungen sind davon nicht betroffen. 2009 betrug der Anteil der PflegeheimEintritte aus Krankenhäusern 40,3%. Für eine weitere Differenzierung (Anteil der Akutspitäler allein) gibt es keine Daten. Hinzu kommt, dass in der Regel Patienten mit Zusatzversicherungen nicht unter DRG-Bedingungen abgerechnet

⁴ SAMW-Bulletin 1/2009

werden. Der Anteil der Pflegeheimeintritte aus einer DRG-Umgebung dürfte daher bei etwa 25 bis 30% liegen. Für die Bestimmung des quantitativen Effekts auf den Pflegeheimalltag ist jedoch nicht die Anzahl der möglichen problematischen Eintritte massgebend, sondern die Anzahl der möglichen problematischen Pflegetage. Bei einer mittleren Aufenthaltsdauer in den Pflegeheimen von rund zwei Jahren gibt es im Durchschnitt pro Pflegeheimplatz einen Eintritt in zwei Jahren. Wenn nun angenommen wird, dass infolge des zu frühen Eintritts die ersten 10 Tage als problematisch gelten, ist der Anteil der durch DRG ausgelösten möglichen Problemtage gemessen am Total der Pflegetage sehr klein (unter 0,5%).⁵

Von dieser quantitativen Betrachtung her wird die Einführung der DRG – für sich allein genommen – keine grossen Auswirkungen auf die Pflegeheime haben.

Hier gilt jedoch die Einschränkung, dass es Pflegeheime bzw. Spezialabteilungen grösserer Pflegezentren gibt, die stärker betroffen sein werden, weil diese Einrichtungen die Pflegebedürftigen zu einem überwiegenden Teil direkt von Akutspitälern aufnehmen und viel grössere Eintritts- und Austrittsfrequenzen aufweisen.

Ein mögliches anderes Problem, das mittelbar auf viele Pflegeheime wirken könnte, liegt in der Komplexität und der Heterogenität der geriatrischen Patienten. Es besteht einerseits die Gefahr, dass die geriatrischen DRG nicht in allen Akutspitälern zur Anwendung kommen, da in vielen Akutspitälern, die geriatrische Patienten aufnehmen, die notwendigen geriatrischen Strukturen und Konzepte sowie das notwendige Fachpersonal mit Spezialkenntnissen heute noch fehlen. So ist insbesondere nicht auszuschliessen, dass die Abklärung im Akutspital ungenügend ist (bzw. sich auf das akutmedizinische Problem beschränkt) und dadurch nicht das ganze an sich vorhandene Rehabilitationspotenzial der betagten Patienten erfasst wird. Andererseits ist auch noch offen, ob mit den bestehenden geriatrischen DRG die medizinische Wirklichkeit tatsächlich genügend abgedeckt wird.

6. Generelle Trends

Die Auseinandersetzung mit dem Thema zeigte jedoch, dass generelle Trends die Langzeitbehandlung beeinflussen, die unabhängig von der Einführung der DRG bereits seit einigen Jahren zu beobachten sind. Diese Trends werden mit der Einführung von DRG wohl noch verstärkt. Sie stehen im Zusammenhang mit der generellen Kostendiskussion und der Finanzierungsproblematik im Gesundheitswesen. Der hier interessierende Trend lässt sich auf die Feststellung reduzieren, dass Teile der Leistungserbringung generell vom akutstationären Bereich weg verlagert werden. Er zeigt sich statistisch an der kontinuierlich abnehmenden Aufenthaltsdauer in den Akutspitälern. Spitalplaner gehen davon aus, dass dieser Trend sich in den nächsten Jahren noch fortsetzen wird (Abnahme der Aufenthaltsdauer von derzeit 7,7 Tage auf rund 6 Tage).

⁵ Beispiel: Pflegeheim mit 100 Plätzen, 95% Belegung und 50 Eintritten (d.h. mittlere Aufenthaltsdauer = 2 Jahre) / Pflegetage: 34 675 Eintritte aus DRG-Umgebung (30%) / 15 Problempflege tage (10 pro Eintritt): 150 / Anteil Problempflege tage: 0,43%

Die konkreten Auswirkungen dieser Entwicklung können sein:

- Die in die Pflegeheime überwiesenen Bewohnerinnen und Bewohner sind ungenügend abgeklärt.
- Es gibt weniger Zeit für die Austrittsplanung (Gespräche mit den Angehörigen, dem übernehmenden Pflegeheim, der Spitex).
- Die postakute Arbeit wird in die Pflegeheime verlagert.
- Die Rehabilitation verlagert sich in die Pflegeheime.
- Medizintechnische Einrichtungen kommen in die Pflegeheime (z.B. Vakuumverbände, Trachealkanülen oder Langzeitbeatmete).
- Palliative Care (mit zeitaufwendigen interdisziplinären Gesprächen) wird in die Pflegeheime verlagert.
- Einrichtungen für terminale Pflege wird vermehrt in die Pflegeheime verlagert.

Ein weiterer Megatrend besteht in der starken (prognostizierten) Zunahme der chronischen Krankheitsbilder. Dieser steht – verkürzt dargestellt – im Zusammenhang mit der erfolgreichen Akutbehandlung verschiedenster Krankheiten, die ein an sich gutes langes Weiterleben ermöglichen, das aber oft mit chronischen Beeinträchtigungen verbunden ist. Ältere und hochbetagte Menschen leiden dann oft an mehreren Krankheiten und die Auswirkungen in Bezug auf die Unterstützung und Pflege sind gross. Dies gilt auch für die zunehmende Zahl der an Demenz erkrankten Menschen. Auch diese Entwicklung stellt für die Pflegeheime eine Herausforderung dar: Generell nehmen die Anzahl und die Komplexität der Pflege- und Betreuungsfälle zu.

7. Chancen und Risiken für die Pflegeheime

Für die Pflegeheime können folgende Chancen und Risiken, die sich aus diesen sich abzeichnenden Entwicklungen ergeben, genannt werden:

Chancen	Risiken
1 Bewohner kommen früher → höherer Ertrag dank besserer Auslastung → Bewohner kehren früher an den «richtigen» Ort zurück	5 Geriatrische Patienten werden in den Akutspitälern ungenügend abgeklärt → Krankheiten werden nicht erkannt → es wird nicht das ganze, an sich vorhandene Rehabilitationspotential ausgeschöpft
2 Pflegeheime werden für die Akutspitäler wichtiger → Akutspitäler sind daran interessiert, dass die Patienten so bald als möglich gut weitergegeben werden können (Rückverlegungen minimieren)	6 Bewohner kommen zu früh → Bewohner sind instabil und nicht vollständig therapiert, die soziale Abklärung fehlt → Personaldotation (Skill-Grademix) ist nicht angepasst → Pfl egetaxen (Ertrag) zu klein → übrige Bewohner kommen zu kurz
3 Neuer Markt: Akut- und Übergangspflege bis zum «Spital light» → interessierte Pflegeheime können neues Betätigungsfeld aufbauen	7 Finanzierung für Akut- und Übergangspflege sowie für die postakute Versorgung ist/bleibt ungenügend → neue Leistungsangebote bleiben aus → Behandlung, Pflege und Betreuung sind ungenügend
4 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	8 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

7.1 Chance: Bewohner kommen früher ins Pflegeheim

Bei den heutigen Tagespauschalen besteht für die Spitäler der finanzielle Anreiz, den Austritt länger als notwendig hinauszuzögern. Sie erhalten pro zusätzlichen Pflege-tag einen zusätzlichen Durchschnittstagesertrag bei deutlich unterdurchschnittlichen zusätzlichen Kosten. Es ist unbestritten und logisch, dass mit der flächendeckenden Einführung von SwissDRG dieses Phänomen wegfallen wird. Dies ist selbstverständlich zu begrüssen und liegt auch im Interesse der Pflegeheime. Nicht selten «fordern» Pflegeheime «ihre» Bewohner (vor allem bei Wiedereintritt nach einem akuten Spitalaufenthalt) von den Spitälern so schnell wie möglich zurück, da sie ihre Plätze – nicht zuletzt aus Ertragsgründen – belegt haben wollen. Auch die Bewohner sind an einer schnellen Rückkehr ins Pflegeheim – ihr Zuhause – interessiert.

7.2 Chance: Pflegeheime werden für die Akutspitäler wichtiger

Die Akutspitäler werden noch mehr als heute an einer guten Zusammenarbeit mit den Pflegeheimen interessiert sein. Akutspitäler haben alles Interesse daran, dass ihre betagten pflegebedürftigen Patienten schnell und gut weitergegeben werden können. «Schnell» soll der Austritt sein, damit das belegte Spitalbett wieder für einen neuen Fall bereitsteht. «Gut» soll der Austritt sein, damit es wenn immer möglich zu keiner Rückverlegung kommt, da Rückverlegungen in der Regel für die Spitäler zusammengerechnet und wie ein einzelner Fall berechnet werden (d.h., die Spitäler erhalten für die Behandlung des zurückverlegten Patienten keine zusätzliche Vergütung).

7.3 Chance: neuer Markt – Akut- und Übergangspflege bis zum «Spital light»

Für interessierte Pflegeheime gibt es neue Betätigungsfelder. Vom KVG vorgesehen – und teilweise ansatzmässig in einigen Kantonen umgesetzt – ist die *Akut- und Übergangspflege*. Diese ist als Pflichtleistung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung geregelt. Sie erfolgt im Anschluss an einen Spitalaufenthalt, wird ärztlich im Spital verordnet und dauert maximal 14 Tage. Die Akut- und Übergangspflege ist für Patienten gedacht, die akutsomatisch abgeklärt, therapiert und an sich stabil sind, aber aus verschiedenen Gründen noch nicht nach Hause gehen können. Es ist denkbar, dass (grössere) Pflegeheime eine Spezialabteilung für solche Patienten errichten.

Es ist auch absehbar, dass vermehrt komplexere *Palliative-Care* -Patienten und *terminale* Patienten von den Akutspitälern weg verlegt werden. Auch hier könnte sich für interessierte Pflegeheime ein zusätzliches Betätigungsfeld ergeben.

In diesem Zusammenhang kann erwähnt werden, dass sich derzeit bereits verschiedene Pflegezentren hin zum «Spital light» entwickeln mit einem relativ breiten Angebot an ärztlichen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen. Solche Zentren verfügen über Spezialabteilungen, mit – verglichen mit dem normalen Pflegeheim – deutlich mehr Ein- und Austritten pro Bett. Ein grosser Teil der Patienten/Bewohner verlässt diese Abteilungen wieder (nach Hause oder in das «normale» Pflegeheim).

(Zur Finanzierungsproblematik s. Punkt 7.7)

7.4 Chance: generelle Attraktivitätssteigerung für die Pflegeheime

Aufgrund der generellen Leistungsverchiebung weg von den Akutspitälern in den Langzeitbereich werden die Pflegeheime ein (noch) wichtigeres Glied in der Versorgungskette. Die Pflegeheime werden zu wichtigen Partnern nicht nur für die Akutspitäler (s. Punkt 7.2), sondern auch für die kantonalen Behörden (Gesundheitsversorgung), da Pflegeheime (und hier sind vor allem die grösseren Pflegezentren angesprochen) am ehesten willens und in der Lage sein werden, 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 einer Steigerung der Attraktivität der Pflegeheime auf dem Arbeitsmarkt führen.

7.5 Risiko: Geriatrische Patienten werden in den Akutspitälern ungenügend abgeklärt

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 unvollständig abgeklärt und in einem schlechteren Zustand in die Pflegeheime. Dies erschwert die Pflege und die Betreuung in den Pflegeheimen und beeinträchtigt die Lebensqualität der betagten Bewohnerinnen und Bewohner.

7.6 Risiko: Bewohner kommen zu früh

Für neu aus dem Akutspital eintretende Patienten besteht das Risiko, dass – unter Zeitdruck – übereilte Einweisungen ins Pflegeheim erfolgen ohne genügende medizinische und vorherige sorgfältige soziale Abklärungen.

Weiter oben wurde dargestellt, dass es Vorkehrungen im DRG-System gibt, die verhindern sollen, dass Patienten zu früh entlassen werden:

- Der Entscheid über den Austrittstermin liegt allein in der Kompetenz und der Verantwortung des behandelnden Arztes und nicht beim Management.
- Akutspitäler wollen möglichst keine Rückverlegungen innerhalb von 18 Tagen, weil diese in der Regel nicht zusätzlich finanziert werden.
- Es wird sich in unseren kleinräumigen Verhältnissen schnell herumsprechen, wenn Akutspitäler ihre Patienten zu früh entlassen. Diese Rufschädigung wollen Akutspitäler vermeiden.

Trotz dieser Vorkehrungen ist nicht auszuschliessen, dass einzelne Leistungserbringer aus einseitigen monetären Überlegungen die Patienten – aus Sicht der nachfolgenden Pflegeheime – zu früh weitergeben. Zudem ist die Unterscheidung von zeitlich richtiger und zu früher Entlassung unscharf.

7.7 Risiko: Die Finanzierung für Akut- und Übergangspflege sowie für die postakute Versorgung ist/bleibt ungenügend

Mit den heute gültigen Finanzierungsformen werden die von den Akutspitälern in den Langzeitbereich verschobenen Leistungen nicht genügend finanziert:

Akut- und Übergangspflege. Es ist vonseiten der Leistungserbringer unbestritten, dass die Limitierung auf maximal 14 Tage für die geriatrischen Patienten ein Unsinn ist. Die (Slow-Stream-) Rehabilitation und generell die körperliche und die seelische Genesung nach der Akutphase dauern beim betagten Menschen naturgemäss einfach länger.

Ein weiteres Problem liegt bei den oft nicht finanzierten *Hotel- und Betreuungskosten* 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) – in der Regel nicht vom Bewohner getragen werden.

Bei der Übernahme von neuen länger dauernden Leistungen (ohne Therapieziel Rückkehr nach Hause, beispielsweise *Palliative Care, terminale Pflege*) können heute nicht alle Kosten durch die Pflegebedarfsinstrumente erfasst werden.

Wenn die Finanzierung nicht angepasst wird, ist es absehbar, dass die Pflegeinstitutionen diese sinnvollen und gewünschten Leistungen nicht erbringen können.

7.8 Risiko: knappe personelle Ressourcen

Dass es mittel- und langfristig – aufgrund der demografischen Entwicklung – zu Problemen bei der Rekrutierung von qualifiziertem Personal kommen wird, ist hinlänglich bekannt. Die zunehmende Komplexität durch die Verlagerung vom Akutspital ins Pflegeheim verlangt zusätzlich eine höhere Dotation an qualifizierten medizinischen und pflegerischen Fachkräften. Damit werden sich die Rekrutierungsschwierigkeiten weiter vergrössern. Hinzu kommt, dass die oben beschriebene zunehmende Verlagerung der medizinischen, pflegerischen und betreuenden Aktivitäten in den Langzeitbereich in den Ausbildungen noch nicht in genügendem Ausmass berücksichtigt wird. So ist den wenigsten Akteuren überhaupt bewusst, dass beispielsweise über 50% der Pflegearbeitsplätze in der Langzeitpflege (Heime und Spitex) angeboten werden. In den Ausbildungslehrgängen dominieren aber immer noch die akut-pflegerischen Themen. Auch bei den Ärzten in Praxis, Spitälern und Heimen stellen sich zunehmend komplexe geriatrische Problemsituationen, für die sie oft ungenügend ausgebildet sind.

8. Massnahmen und Forderungen

Die nachfolgenden Massnahmen und Forderungen sind nach Ansprechpartnern gruppiert:

8.1 Pflegeheime

Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Akutspitälern

Damit der Übergang vom Akutspital ins Pflegeheim besser gestaltet werden kann, braucht es eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Akutspitälern. Die Pflegeheime sollen mit den Spitälern, die ihnen Bewohner zuweisen, Kontakt aufnehmen:

- Die Zusammenarbeit sollte institutionalisiert werden, z.B. 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 von den Pflegeheimen und den Spitälern zur Verfügung gestellt werden.
- Sinnvoll könnte auch die Etablierung von gemeinsamen interdisziplinären Weiterbildungsveranstaltungen zu geriatrischen Themen sein, die sich an Pflegende, Spital- und Heimärzte sowie Sozialdienst richten.

Angebotsdifferenzierungen prüfen

Die Pflegeheime sind aufgerufen, ihr Leistungsangebot zu überprüfen. Es geht darum, sich bewusst in der sich ändernden Pflegeheimlandschaft zu positionieren. Es geht um Fragen der Spezialisierung oder der Diversifikation: Soll man beim angestammten «normalen Pflegeheim» bleiben, soll man sich auf ein Segment spezialisieren oder sind neue, zusätzliche Angebote möglich und sinnvoll? Stichworte sind:

- Akut- und Übergangspflegebereich
- «Spital light» mit ärztlichen, therapeutischen und rehabilitativen Leistungen
- sogenannte Slow-Stream-Rehabilitation
- Spezialeinheit für Demenzkranke
- Spezialeinheit für Palliative Care

Anpassung der Organisation

Pflegeheime müssen ihre Organisation überprüfen und allenfalls an die neuen Gegebenheiten anpassen. Unabdingbar ist, dass die Pflegeheimleitung und das oberste Kader sich intensiv mit den in diesem Bericht aufgeworfenen Fragen auseinandersetzen.

Wahrnehmen der besseren Stellung der Pflegeheime

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 dies heute schon sind. Es braucht ein neues Selbstverständnis.

8.2 Kantonale Verbände

Finanzierung der Leistungsverchiebung in den Langzeitbereich

Nicht alle zusätzlichen Kosten, die durch die Leistungsverchiebungen in den Langzeitbereich entstehen, werden durch die bestehenden Pflegebedarf-Erfassungsinstrumente erfasst. Entsprechend ist die Finanzierung teilweise nicht gegeben. Es gibt grundsätzlich zwei Lösungsansätze: Entweder werden die dafür vorgesehenen Pauschalen in den Pflegeheimen an die neue Situation (nach oben) angepasst oder es werden Einzelleistungen verrechnet. Bei der Einzelleistungsverrechnung muss garantiert sein, dass alle (sinnvollen) Massnahmen finanziert werden. Ein Spezialproblem stellt die zunehmend wichtiger werdende Kommunikation dar, sowohl zwischen Fachleuten (Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Sozialarbeiter) unter sich als auch zwischen Fachleuten und Angehörigen. Diese zeitaufwendige Koordinationsarbeit wird kaum honoriert.

Die kantonalen Verbände müssen diese neuen, von den Pflegeheimen erbrachten Leistungen in die Verhandlungen mit den Kassen konsequent einbringen:

- Erhöhung Vollpauschalen
- vollständige Einzelleistungsverrechnung
- Abrechnungsposition für Kommunikation zwischen Fachleuten und Angehörigen
- adäquate Finanzierung der neuen Angebote (s. 8.1)

Auch gegenüber den kantonalen Behörden sind die Mehrleistungen der Pflegeheime zu thematisieren.

Unterstützung der Pflegeheime bei zu frühen Entlassungen

Bei zu frühen Entlassungen müssen die kantonalen Verbände die betroffenen Heime unterstützen. Insbesondere geht es darum, im Gespräch mit den Akutspitälern die Situation zu bereinigen oder, wenn dies nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, den kantonsärztlichen Dienst einzuschalten.

8.3 Nationale Verbände

Finanzierung der Akut- und Übergangspflege

Die heutige Regelung ist ungenügend. Es braucht dringend eine Gesetzesrevision, wonach die Limitierung erst bei 28 Tagen eintritt. Sodann ist dafür zu sorgen, dass bei der Tarifierung die ganzen Kosten analog des Spitalaufenthalts berücksichtigt werden, also auch die Hotel- und die Betreuungskosten. Solange eine Rückkehr nach Hause das (realistische) Ziel ist, müssen sämtliche Kosten gemäss stationärer Spitalfinanzierung von den Finanzierern (Kassen und Kanton) getragen werden. CURAVIVA Schweiz und H+ sind aufgerufen, bei der Bundesverwaltung sowie im Stände- und im Nationalrat entsprechende Anträge zu unterbreiten bzw. zu unterstützen.

Einflussnahme bei Revisionen von SwissDRG

Es muss gewährleistet sein, dass die DRG angepasst werden, falls sie sich in der Praxis als ungenügend erweisen. Hier muss sich CURAVIVA Schweiz mit H+ kurzschliessen und dafür sorgen, dass im Bedarfsfall die notwendigen Anpassungen beim DRG-Katalog vorgenommen werden. Dabei muss CURAVIVA im Besonderen die Auswirkungen auf die Pflegeheime fokussieren.

Einflussnahme auf die nationale Begleitforschung

Die Einführung der DRG wird von einer umfangreichen Forschung begleitet. Diese Begleitforschung muss breit angelegt und von verschiedenen Disziplinen – insbesondere auch von der Geriatrie und der Pflege – ausgeführt werden. Sie muss vor der Einführung der DRG (also sofort!) beginnen, um den Vergleich mit dem Zustand vor der Umstellung zu ermöglichen.

Hier gilt es, sicherzustellen, dass auch die spezifischen Fragestellungen, welche chronisch Erkrankte, multimorbide und geriatrische Patienten, behinderte Menschen und Sterbende betreffen, berücksichtigt werden:

- Werden Patienten dieser genannten Gruppen umfassend abgeklärt?
- Wie wirken sich die DRG auf die Qualität der klinischen Versorgung und auf den Gesundheitszustand nach der Spitalentlassung sowohl in der häuslichen Pflege wie auch in den Pflegeinstitutionen aus?
- Welche Änderungen betreffend finanzielle Beteiligung haben die DRG bei den genannten Gruppen zur Folge?
- Welche Änderungen in der Leistungserbringung von Pflegeinstitutionen ergeben sich?
- Wird das ganze Rehabilitationspotenzial erfasst?
- Bilden die bestehenden DRG die medizinische und die pflegerische Wirklichkeit genügend ab?
- Welche Auswirkungen haben die DRG qualitativ und quantitativ auf die Arbeitssituation der verschiedenen Berufsgruppen in den Pflegeinstitutionen?

Auch in diesem Bereich muss CURAVIVA Schweiz zusammen mit H+ aktiv werden.

8.4 Kantonale und nationale OdA Gesundheit

Anpassungen in der Pflegeausbildung

Die Ausbildungsinhalte in sämtlichen Pflegeberufen müssen noch besser auf die sich abzeichnenden Entwicklungen abgestimmt werden. Insbesondere sind die geriatrischen Problemstellungen vermehrt in die Ausbildungsinhalte aufzunehmen. Dies gilt für alle Stufen der Pflegeausbildung (FH, HF, FAGE und PA).

Berufsmarketing

Das Berufsmarketing muss vermehrt der Tatsache Rechnung tragen, dass über 50% der Berufsausübung im Langzeitbereich stattfinden werden. Stichworte können sein:

- wachsende Branche
- sichere Arbeitsplätze
- Arbeit mit Beziehungsinhalten
- selbstständige Tätigkeit

8.5 Akutspitäler

Einrichten von spezialisierten Geriatrie-Abteilungen

Akutspitäler müssen erkennen, dass geriatrische Patienten nur dann adäquat behandelt werden können, wenn sie über spezialisierte geriatrische Abteilungen verfügen. Die Einführung von DRG könnte diesen Prozess fördern, da DRG-Fallpauschalen nur dann angewendet werden dürfen, wenn die erforderlichen Voraussetzungen (struktureller, konzeptioneller und personeller Art) gegeben sind.

Vermeiden von zu frühen Entlassungen

Akutspitäler müssen dafür sorgen, dass es nicht zu allzu frühen Entlassungen kommt. Die ökonomischen Interessen und Anreize dürfen nicht dazu führen, dass behandelnde Ärzte gegen besseres Wissen Patienten zu früh entlassen. Der vorhandene Ermessensspielraum darf nicht zu Ungunsten der betagten Patienten eingeschränkt werden.

8.6 FMH und Universitäten

Verbesserung der geriatrischen Ausbildung

Die zunehmende Bedeutung des Langzeitbereiches muss vermehrt auch vom Ärzteverband und von den medizinischen Fakultäten thematisiert werden. Auch hier gilt die Tatsache, dass Problemstellungen von Geriatrie und Langzeitpflege eine immer grössere Bedeutung für den Arztberuf haben werden. Das muss in der Aus- und Weiterbildung für Mediziner berücksichtigt werden.

Mitwirkende

Wir danken folgenden Personen, die den Autor in der Erstellung dieses Berichtes unterstützt haben:

- Dr. med. Charles Chappuis
Stiftungsratspräsident, Tilia Pflegezentren Ittigen, Köniz, Wittigkofen
- Peter Keller
Leiter Geschäftsstelle, vbb/abems – Verband Berner Pflege & Betreuungszentren, Riggisberg
- Dr. Markus Leser
Leiter Fachbereich Alter, CURAVIVA Schweiz, Bern
- Urs Leuthold
Geschäftsführer, Logis plus AG, Bern
- Dr. med. Regula Schmitt
Leitende Ärztin, Tilia Pflegezentrum Ittigen, Ittigen
- Dr. Werner Widmer
Stiftungsdirektor, Stiftung Diakoniewerk Neumünster Schweizerische Pflegerinnenschule, Zollikerberg
- Ursula Wiesli
Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Institut Neumünster, Zollikerberg

Autor

Richard Widmer

Berater für Unternehmen, Verbände und Behörden im Gesundheitswesen

Präsident Verband der Basler Alters- und Pflegeheime

Largitzenstrasse 76

4056 Basel

r.widmer@widmer-beratungen.ch