

Vulnerable Gruppen und DRGs

Schlussbericht einer qualitativen
Erhebung bei Hausärzten, Spitex und
Heimen zur Situation von vulnerablen
Patienten und den Auswirkungen der
Einführung von Fallpauschalen



Verfasst durch Dr. Markus Breuer (Leiter Bildung) und Dr. Ruth Baumann-Hölzle (Institutsleitung), Institut Dialog Ethik; Martin Abele, lic. phil., Projektleiter gfs; Nina Blumenfeld, lic. phil., stellvertretende Projektleiterin gfs

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns für die grosszügige Unterstützung durch die MBF-Foundation, die Teamco-Foundation, der W. Haefner Stiftung, der Otto Gamma Stiftung sowie des simovita-Vereins bedanken, die dieses Projekt ermöglichten.

Vulnerable Gruppen und DRGs – Zur Einführung

Historische und politische Hintergründe zur Einführung der Swiss-DRGs

Die politischen Diskussionen um das schweizerische Gesundheitssystem, die jährlichen Debatten über den Prämienanstieg bei den Versicherungen sowie der demografische Wandel lassen verstärkt die Frage aufkommen, was wir uns noch leisten können und ob das Preis-Leistungs-Verhältnis im Gesundheitswesen noch stimmt. Unter diesem Kostendruck ist auch die Veränderung zu sehen, die das Gesundheitssystem der Schweiz im Jahr 2012 erfahren wird. Diese Veränderung ist allerdings nicht unumstritten.

Die Abgeltung der Kosten wird für Spitäler neu geregelt. Entstehende Kosten werden ab 2012 nicht mehr nach dem Aufwand vergütet, der ein einzelner Patient verursacht, sondern als Fallkostenpauschale. Das heisst, ein Spital erhält pro Patient gemäss einer Diagnose (Diagnosis Related Group, DRG) einen fixen Pauschalbetrag. Mit der DRG-Vergütung sollen «Anreize konsequent auf das Ziel der Kosteneindämmung»¹ ausgerichtet sein, erläutert der Bundesrat die Veränderung in seiner Botschaft.

DRGs wurden zum ersten Mal in den 70er Jahren in den USA als Instrument zur Qualitätsmessung und -sicherung eingeführt. Erst Schritt für Schritt, vor allem dann bei ihrer Einführung in Deutschland, entwickelten sie sich zu einem Abrechnungs- und Vergleichsinstrument.

2007 nahm das eidgenössische Parlament mit der KVG-Reform auch eine neue Spitalfinanzierungsvorlage an. Mit ihr will man eine einheitliche und leistungsbezogene Tarifstruktur für stationäre Spitalaufenthalte schaffen. In den Jahren 2004

bis 2007 bereitete der Verein SwissDRG² bereits erste Projekte im Kontext dieser neuen Spitalfinanzierung vor. Die nationalen Tarifpartner der Schweiz entschieden bereits 2005 das deutsche G-DRG-System zu übernehmen und an die Besonderheiten des Schweizer Gesundheitssystems anzupassen. Anfang 2008 wurde der Verein SwissDRG in eine Aktiengesellschaft mit gemeinnütziger Zweckbindung umgewandelt, nachdem der Entscheid gefällt worden war, ab Januar 2012 die DRG-Vergütung schweizweit einzuführen.³

Funktionsweise der SwissDRGs

Einem stationär behandelten Patienten wird entsprechend seiner Diagnose ein Code zugeordnet. Für die Behandlung gewissermassen dieses Codes kann das Spital einen Pauschalbetrag, die so genannte Fallkostenpauschale, in Rechnung stellen. Interessant und wichtig ist die Verknüpfung zwischen einer Diagnose und der Verweildauer im Spital. «Jede Diagnose ist mit einer bestimmten Verweildauer im Spital verknüpft, bei deren Überschreiten das Spital hinsichtlich dieses Falls einen Verlust, und bei Unterschreiten einen Überschuss verbuchen muss bzw. kann. Wird eine bestimmte Mindestverweildauer nicht erreicht, wird ebenfalls ein Verlust verbucht. Das Spital hat dadurch grundsätzlich den Anreiz, eine Behandlung möglichst kurz, aber gerade noch über der Mindestverweildauer und mit möglichst geringem Ressourcenverbrauch durchzuführen.»⁴

Erwartete positive Effekte der Swiss-DRGs

Durch die Einführung der Fallkostenpauschale werden verschiedene Ziele verfolgt. Die zur Verfügung stehenden Mittel sollen effektiver und gerechter verteilt werden. Damit erhofft man sich zudem eine Senkung der Gesundheitskosten. Daneben soll das DRG-System:

- Transparenz schaffen bezüglich der Leistungs- und Kostenstrukturen.
- Die Versorgungsqualität verbessern dank besser strukturierten Behandlungen, zügigeren und zielorientierten Aufnahme, einer besseren Vorbereitung auf nachstationäre Behandlung und Versorgung.
- Für eine höhere Wirtschaftlichkeit sowie kürzere Verweildauern sorgen. Therapeutisches Ethos und wirtschaftliche Effizienz müssen sich nicht zwingend ausschliessen, wie auch die Nationale Ethikkommission in ihrer Stellungnahme zur Einführung des DRG-Systems festhält.⁵ Ökonomische Effizienz und therapeutisches Ethos sind miteinander vereinbar, wenn es um die möglichst sinnvolle und effiziente Nutzung gegebener Mittel geht. In Anbetracht knapper Ressourcen und damit zusammenhängender Gerechtigkeitsfragen ist die effiziente Nutzung sogar ethisch geboten.
- Dafür sorgen, dass die Spitäler sich vermehrt an der Leistung statt an den Selbstkosten orientieren. In einer bedarfsge rechten und transparenten Finanzierung werden somit auch die grössten Chancen der Umstellung auf Fallkostenpauschalen gesehen.
- Für effizientere Patientenwege sorgen, sorgfältigere Abklärungen ermöglichen, da Fehlbeurteilungen teuer sind sowie die Vernetzung zwischen allen Beteiligten zum Wohle der Patienten verbessern.
- Zu einem Umdenken hinsichtlich der Illusion absoluter Verfügungsmacht über Leben und Tod führen und damit einhergehend den Verzicht auf unnötige Behandlungen stärken.

Auswirkungen auf das Gesundheitssystem sind strittig

Die Auswirkungen der DRG-Einführung auf das Schweizer Gesundheitssystem sind der-

zeit strittig. Die Schweiz ist neben Deutschland das einzige Land, das im Akut-Bereich eine hundertprozentige Umsetzung der DRGs plant. 2001 hielt der Soziologe und Spitaldirektor Dr. Josef Düllings im *Praxis-handbuch Einführung der DRGs in Deutschland* kritisch fest: «Ein 100 Prozent-Ansatz dürfte also gerade für Deutschland, wo die Entwicklung erst am Anfang steht, völlig unrealistisch sein.» Unterschiedliche Erfahrungen aus dem Ausland zeigen zudem, dass die Auswirkungen gerade auf die Schwächsten – alte und gebrechliche Menschen, Menschen mit Behinderung etc. – tendenziell sehr negativ sein können.⁶

So schrieb bereits 2005 Prof. Dr. med. Arend Billing im Deutschen Ärzteblatt:

«Gelingt es nicht, die Behandlung der Schwerstkranken nach solidarischen und sozialen Kriterien zu gewährleisten, dann ist ein entscheidendes Zielkriterium nicht erfüllt. Die Gruppe der Schwerstkranken hat aufgrund von Verdrängungsmechanismen eine denkbar schlechte Lobby. Die Behandlung dieser Patienten erfordert in einem stark ökonomisch ausgerichteten Gesundheitswesen besondere Aufmerksamkeit.»⁷

Vor diesem Hintergrund sind die Auswirkungen der DRG-Einführung auf vulnerable Patientengruppen, insbesondere auf ältere und gebrechliche Menschen zu prüfen.

Der besondere Auftrag eines Spitals

Was führt zu einer Spitaleinweisung älterer Menschen? Neben den rein medizinischen gibt es oftmals auch psychosoziale Gründe für die Einweisung, zum Beispiel «Versorgungsprobleme, durch Überlastung des sozialen Netzes, der Ausfall der bisherigen Pflegeperson oder ein plötzlich höherer Hilfebedarf»⁸. Für die Spitaleinweisung lassen sich stets medizinische Gründe anführen, doch sind in diesen Si-

tuationen oftmals psychosoziale Gründe ausschlaggebend. «Es (das Spital – Anm. d. Verf.) fängt Patienten auf, die aufgrund infrastruktureller Defizite der ambulanten Versorgung und durch sie verursachter Diskontinuitäten nicht zu Hause versorgt werden können, kompensiert die zu eng gesteckten Leistungsgrenzen anderer Versorgungseinrichtungen, springt ein, wenn sich Versorgungsarrangements als nicht tragfähig erweisen und zusammenbrechen (...) und schliesst Versorgungslücken.»⁹

Die Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Doris Schaeffer spricht von einer Substitutionsfunktion des Spitals. Aber, so muss gefragt werden, wird die Institution Spital dieser Funktion noch angemessen gerecht werden können, wenn das Gesundheitssystem einen Paradigmenwechsel zur Wirtschaftlichkeit hin vollzieht und die Fallkostenpauschalen einführt? Wird auf die (Not)Lösung Spital noch zurückgegriffen werden können, wenn Verwandte die Pflege eines Elternteils nicht mehr aufrecht erhalten können? «Es erfolgt eine schrittweise Abkehr von der psychosozialen Funktion der Institution Krankenhaus, hin zu einem rein (akut)medizinischen, somatisch orientierten Aufgabenverständnis. Diese Veränderung (...) führt dazu, dass insbesondere ältere, chronisch kranke Patienten als ‹fehlplatziert› wahrgenommen werden und unterschiedlichsten Externalisierungsstrategien ausgesetzt sind – bei gleichzeitigen Mängeln im komplementären Versorgungssystem der Altenhilfe.»¹⁰

Die Rolle des Spitals könnte sich mit der Einführung der SWISS-DRGs aber grundlegend verändern. «Diese Veränderungen widersprechen teilweise dem bisherigen Selbstverständnis der betroffenen Professionen und können zu Spannungen führen zwischen dem therapeutischen Ethos, Hilfe zu leisten, einerseits und der neuen Aufgabe, Krankheitswertigkeiten zu dokumentieren und berechnend ins ärztliche

und pflegerische Handeln einfließen zu lassen andererseits.»¹¹ Ein anderer Punkt sollte allerdings auch beachtet werden: Spitäler können und sollen nicht grenzenlos Sozialleistungen über ihre Spitalpflicht hinaus erbringen; soziale Probleme können und sollen nicht mehr einfach so medicalisiert werden.¹² Aber damit stellt sich dann die weiterführende Frage, was heute und in Zukunft im Sozialwesen sowie den nachgelagerten Diensten geschieht, wenn der Spitalauftrag heute nur noch eng auf die somatische Spitalpflichtigkeit begrenzt wird.

Ältere Menschen als Patienten

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) tritt für einen besonderen Umgang mit älteren, besonders pflegebedürftigen Patienten ein. So heisst es beispielsweise in den medizinisch-ethischen Richtlinien über die «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen»:

- «Ältere, pflegebedürftige Menschen haben bis an ihr Lebensende Anspruch auf eine angemessene Behandlung und Betreuung. Alter und Pflegebedürftigkeit einer betreuten Person dürfen nicht zu einer Vorenthaltung indizierter Massnahmen führen. Der behandelnde Arzt, das Pflegepersonal und die Therapeuten stützen ihre Entscheide auf eine gemeinsame Evaluation medizinischer, psychischer, sozialer und funktionaler Aspekte und des Umfelds.»
- «Für eine adäquate Betreuung ist ein persönlicher Kontakt zwischen dem Arzt und der älteren, pflegebedürftigen Person unabdingbar. Bei älteren, pflegebedürftigen Personen kann es durch den Wechsel der Lebensorte (zu Hause, Spital, Institution der Langzeitpflege) zu einem Wechsel der ärztlichen Zuständigkeit kommen. Ärzte, welche eine ältere, pflegebedürftige Person in einem Spital oder in einer Institution der Lang-

zeitpflege betreuen, haben sich so zu organisieren, dass jederzeit Klarheit darüber besteht, bei wem die ärztliche Zuständigkeit liegt; sie haben die ältere Person (oder im Fall der Urteilsunfähigkeit deren Vertrauensperson [siehe 3.3.] bzw. gesetzlichen Vertreter) entsprechend zu informieren.»

- «Für Aspekte der Behandlung oder Betreuung pflegen der behandelnde Arzt und die Ansprechperson der Pflege wenn möglich mit dem sozialen Umfeld der betreuten Person (Lebenspartner, Verwandte und enge Bezugspersonen) guten Kontakt. Solche Kontakte unterliegen selbstverständlich dem Einverständnis der urteilsfähigen, älteren Person sowie den Regeln des Berufsgeheimnisses bzw. der Vertraulichkeit. Bei der Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen zuhause übernehmen Angehörige einen grossen Teil der Aufgaben; dies kann zu grossen Belastungen führen. Ärzte, Pflegende und Therapeuten haben die Aufgabe, die Angehörigen oder andere betreuende Personen zu beraten und zu unterstützen.»¹³

Kann man diesen Forderungen nach Einführung der DRGs noch gerecht werden?

Das Forschungsprojekt «Vulnerable Gruppen und DRGs»

Aus verschiedenen Gründen fasste das Institut Dialog Ethik den Entschluss für die vorliegende Studie:

- Das Institut Dialog Ethik beschäftigt sich seit langem mit Fragen zur Fairness und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Bereits 1999 publizierte das Institut gemeinsam mit einer unabhängigen, interdisziplinären Arbeitsgruppe das «Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen». Diese Arbeitsgruppe hielt in der Beschreibung der Ausgangslage schon damals

fest: «Können heute noch mehr oder weniger die meisten Patientinnen und Patienten eine ihnen angemessene medizinische Betreuung bekommen, so wird dies in Zukunft immer weniger möglich sein. Dies wird zunehmende Ungerechtigkeiten zur Folge haben.»¹⁴

- Das Institut Dialog Ethik ist in unterschiedlichen Spitälern und Langzeitpflegeeinrichtungen der Schweiz tätig und begleitet die dort tätigen EthikForen. In diesem Rahmen erfährt das Institut sehr direkt von den Sorgen und Nöten, sowohl der Mitarbeitenden als auch der Patienten – auch im Zusammenhang mit der Einführung von Fallkostenpauschalen.
- Das Institut Dialog Ethik folgte mit der vorliegenden qualitativen Untersuchung einem Appell der Nationalen Ethikkommission der Schweiz (NEK). Diese forderte nämlich in ihrer Stellungnahme «Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern» für die Qualitätskontrolle eine ausreichende quantitative und qualitative Begleitforschung, da davon auszugehen ist, dass Veränderungen für Patienten und Mitarbeitende sich auch auf die Qualität der Versorgung von Erkrankten auswirken wird.¹⁵

Aufgrund der Diskussionen um die Auswirkungen von Fallpauschalen sowie aufgrund der Erfahrungen fasste das Institut Dialog Ethik den Entschluss, eine qualitative Begleitforschung zur Einführung der SWISS-DRGs durchzuführen. Die Einen erhoffen sich durch die Einführung des DRG-Systems, Verbesserungen im Gesundheitswesen hinsichtlich Transparenz und Vergleichbarkeit unter den Spitälern. Zu Qualitätseinbussen bei der Behandlung und der Betreuung von Patienten führt die Einführung von Fallkostenpauschalen nicht automatisch, «wenn sie den ganzen Behandlungs- und

Betreuungsbogen der Patienten mit allen Schnittstellen umfassen, verbindliche Qualitätsstandards festgelegt und soziale Aspekte berücksichtigt werden.»¹⁸

Andererseits wird ein Qualitätsabbau vor allem bei der Behandlung und Betreuung vulnerabler Patientengruppen, wie zum Beispiel ältere Menschen befürchtet. Die vom Institut Dialog Ethik initiierte Begleitforschung in diesem Bereich läuft in zwei Phasen ab:

In den Kantonen Zürich, Bern, Basel Stadt und Basel Land wurde Fragen der Behandlung und Betreuung von älteren Menschen durch die Spitex, den Hausarzt oder das Pflegeheim vor einer Einweisung ins Spital nachgegangen. Ist die Möglichkeit gegeben, aus psychosozialen Gründen eine Spitaleinweisung vorzunehmen bzw. den Austritt hinauszuzögern? Wie gross ist der Anteil an den Spitaleinweisungen, für die neben den medizinischen auch soziale Gründe eine Rolle spielten? Wie wird der Gesundheitszustand von besonders sensiblen und pflegebedürftigen Patientengruppen heute nach einer Spitalentlassung beurteilt? Diese und ähnliche Fragen hat die Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung (gfs) im Auftrag von Dialog Ethik den Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten und der Spitex gestellt (der Fragebogen befindet sich in Anhang).

Das methodische Vorgehen zeichnet sich durch eine gewisse Offenheit aus. Das liegt auch daran, dass wir mit dieser Befragung wissenschaftliches Neuland betreten haben. Zudem erschien es uns angemessen, bei diesem Thema, den Zugang über die «Mikroebene» – Hausärzte, Spitex und Altersheime – zu nehmen.

In dieser Begleitforschung geht es also um die Frage, welche Auswirkungen die SWISS-DRG auf die Behandlung durch Hausärzte, auf die Betreuung durch die Spitex sowie auf die Betreuung durch Alters- und Pflegeheime hat.

Die erste Befragung wurde vor der Einführung der SWISS-DRGs durchgeführt. Die Ergebnisse liegen nun vor. Die gleichen Fragen werden in rund eineinhalb Jahren erneut gestellt werden. So können Behandlung und Betreuung von «vulnerablen Gruppen» vor und nach Einführung des DRG-Einführung verglichen werden.

Anmerkungen

- 1 *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung)*, Absatz 5.3, S. 53, Bern, 15. September 2004
- 2 Mitglieder dieses Vereins sind: santésuisse, die Medizinaltarifkommissionen UVG, MV/IV (MTK), H+, FMH sowie die Gesundheitsdirektorenkonferenz. Beobachterstatus hatten der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, das Bundesamt für Statistik und das Bundesamt für Gesundheit.
- 3 Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG setzt sich aus den ehemaligen Mitgliedern des Vereins zusammen, ohne die Beobachter.
- 4 *DRG und Ethik – Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungsreglementen im Gesundheitswesen*, Wild/Pfister/Biller-Andorno (Hg.), Einleitung, S. 7, Basel 2011
- 5 Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Stellungnahme der NEK/CNE Nr. 15/2008
- 6 Düllings, J.: Einführung des DRG-Systems und seine Auswirkungen auf die Krankenhausplanung, in: Thiele, G. (Hrsg.), *Praxishandbuch Einführung der DRGs in Deutschland*, Heidelberg 2001, S. 1-22
- 7 So zeigt eine Befragung aus 2008 beispielsweise eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach Einführung der DRGs und somit eine höhere Belastung im Rehabilitationsbereich. *Auswirkungen der DRG Einführung auf die Rehabilitation – Eine Befragung von Rehakliniken, WWU Münster – IKM 2008 I oder Rehabilitation unter Kosten- und Qualitätsdruck Konsequenzen der DRG-Einführung für Patienten und Versorgungsstruktur*, von Eiff, Universität Münster / «»Bezüglich der innerhalb von 90 Tage nach einer Krankenhausentlassung erfolgte Wiedereinweisung ins Krankenhaus. Diese erfolgte in DRG-Krankenhäusern beträchtlich häufiger als in Nicht-DRG-Kliniken.» in: *The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population-based perspective* von Andre Busato und Georg von Below ist in der Fachzeitschrift *Health Research Policy and Systems* (2010, 8:31; doi 10.1186/1478-4505-8-31) am 16. Oktober 2010. Auch Dr. Bernard Braun vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen kommt bei seiner Untersuchung ‚Der Einfluss der DRG-Einführung auf die Situation der Patientinnen und Patienten in Deutschland‘ zu dem Ergebnis, dass eher die Befürchtungen erkennbar eintreffen als die Verbesserungen. www.bag.admin.ch/nek-cne/06238/06651/index.html?lang=it...
- 8 *Fallpauschalensystem: Problem Schwerstkranker*, Billing, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2005, 102(33) abgerufen am 17. August 2011 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=48004>
- 9 Schilling, A.: *Ältere Menschen im Krankenhaus*, Kasseler Gerontologische Schriften Band 29, Kassel 2003, S. 15
- 10 Schaeffer, D.: *Bruchstellen in der Versorgung chronisch kranker alter Menschen: Die Entlassung aus dem Krankenhaus*, in: Seidl, E. u.a. (Hg.), *Autonomie im Alter*, Wien 2000, S. 11-35, zit. n. Schilling, A., S. 15
- 11 Schilling, A., S. 15
- 12 Vgl. hierzu auch den Beitrag *Von der Heilpflege zur Gesundheitswerkstatt – von der Heilsökonomie zum Gesundheitsmarkt*, Ruth Baumann-Hölzle, *PrimaryCare* 2010; 10 Nr. 17, S. 324 - 325
- 13 Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Stellungnahme der NEK/CNE Nr. 15/2008, S.1534 f.
- 14 Erinnert sei an die Stellungnahme der NEK: *Ökonomische Effizienz und therapeutisches Ethos sind miteinander vereinbar, wenn es um die möglichst sinnvolle und effiziente Nutzung gegebener Mittel geht*. In Anbetracht knapper Ressourcen und damit zusammenhängender Gerechtigkeitsfragen ist die effiziente Nutzung sogar ethisch geboten.
- 15 Vgl. *Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen – Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen*, SAMW gültig seit 2004 im Kapitel *Grundsätze*.
- 16 *Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, hg. vom Institut Dialog Ethik, Zürich 1999
- 17 Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Stellungnahme der NEK/CNE Nr. 15/2008
- 18 *Von der Heilpflege zur Gesundheitswerkstatt – von der Heilsökonomie zum Gesundheitsmarkt*, Ruth Baumann-Hölzle, *PrimaryCare* 2010; 10 Nr. 17, S. 325

Vulnerable Gruppen und DRGs

Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zur Situation von vulnerablen Patienten und den Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen

Inhaltsverzeichnis

Hauptresultate in Kürze [10]

I Aufgabenstellung und Vorgehen [11]

1. Die Aufgabenstellung [11]
2. Stichprobe [11]
3. Fragebogen [11]
4. Befragungszeitraum [11]
5. Anmerkungen zum Lesen des Berichts [11]

II Ergebnisse im Detail [12]

1. Situation vulnerabler Patienten [12]
 - 1.1 Mitbestimmungskapazität [12]
 - 1.2 Fachliche und zeitliche Kapazitäten [12]
 - 1.3 Inanspruchnahme externer Hilfe [13]
2. Hospitalisierung [13]
 - 2.1 Zuweisungsgründe [13]
 - 2.1.1 Medizinische Zuweisungsgründe [13]
 - 2.1.2 Psycho-soziale Zuweisungsgründe [13]
 - 2.2 Aufenthaltsdauer und Austrittsgründe [14]
 - 2.2.1 Kriterien der Spitäler [14]
 - 2.2.2 Adäquate Austrittskriterien [14]
3. Koordination [15]
 - 3.1 Übergangslösung nach Spitalaufenthalt [15]
 - 3.2 Zusammenarbeit der betreuenden Institutionen [16]
4. Wirtschaftlichkeit [16]
5. Fazit heutiges System [17]
 - 5.1 Pluspunkte [17]
 - 5.2 Problempunkte [17]
6. Ausblick auf Swiss-DRG [17]
 - 6.1 Chancen [17]
 - 6.2 Risiken [17]

Hauptresultate in Kürze

1. Die vulnerablen Patienten benötigen 2 bis 3 Mal so viel Zeit wie andere Patienten. Alle Befragten sind der Meinung, dass sie über das medizinisch-fachliche Knowhow für die Bedürfnisse vulnerabler Patienten verfügen. Einschränkungen gibt es in Bezug auf die ethisch-menschlichen Anforderungen sowie die zeitlichen Ressourcen.
2. Die zeitliche Kapazität der Spitäler schätzen die meisten Befragten als kritisch ein. In den Spitälern sei der Spardruck besonders gross, was dazu führe, dass die Zeiteinheiten pro Patient kürzer würden. Dies läuft genau den Bedürfnissen der vulnerablen Patienten zuwider, die ja eher mehr Zeit benötigen.
3. Hospitalisierungen aus medizinischen Gründen erfolgen bei akuten Problemen, bei Pflegenotfällen sowie zur Neueinstellung von Medikamenten.
4. Spitaleinweisungen aus psycho-sozialen Gründen kommen vor, in aller Regel brauchen keine medizinischen Gründe vorgeschoben zu werden.
5. Mit dem Austrittszeitpunkt aus dem Spital sind die Befragten grundsätzlich zufrieden. Sie wünschen sich aber zum Teil eine frühzeitige Information und bessere Absprache von Seiten der Spitäler. Psycho-soziale Gründe werden beim Austrittsentscheid nicht berücksichtigt. Darauf, ob der Anschluss gewährleistet ist, wird nicht genügend Rücksicht genommen. Alle Befragten fühlen sich aber grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten nach dem Austritt aus dem Spital ihren beruflichen Qualitätsstandards entsprechend zu betreuen.
6. Ein generelles Grundproblem scheint die Finanzierung von Übergangslösungen zu sein.
7. Beim heutigen Tarifsystem wird nach Zeittarif abgerechnet. Allerdings weisen viele Befragte darauf hin, dass die Vergütung in der Regel nicht dem Aufwand entspricht.
8. Das bisherige System wird als relativ flexible Lösung gesehen, die individuelle Entscheidungen ermöglicht.
9. Ein Hauptproblem ist heute die Finanzierung, welche die vulnerablen Patienten zu unbeliebten Kunden macht.
10. In der bedarfsgerechten und transparenten Finanzierung sehen die meisten die grössten Chancen der Umstellung auf die Swiss DRGs.
11. Man verspricht sich vom neuen System effizientere Patientenwege, weniger «unnötige» Behandlungen und klarere Abklärungen, weil Fehlbeurteilungen teurer werden.
12. Die Befragten sehen im neuen System viele Risiken. Die Befürchtung ist gross, dass die Patienten zum reinen Kostenfaktor verkommen, dass also die Ökonomie dermassen im Vordergrund steht, dass es zu Qualitätseinbussen kommen wird. Gerade bei komplexen Patienten bestehe die Gefahr, dass man ihnen nicht mehr gerecht wird.
13. Hausärzte befürchten, dass eine Lawine an Arbeit auf sie zukommt. Heime und Spitex erwarten neue technische und personelle Herausforderungen für den Fall, dass Patienten früher entlassen werden.
14. Die einen befürchten dadurch neue Komplikationen oder auch die Verhinderung einer möglichen Rehabilitation; andere sehen darin durchaus eine Chance, dass Patienten bestärkt werden und verloren geglaubte Ressourcen und Lebensqualität wieder erlangen, wenn sie sich zu Hause erholen können.

I. Aufgabenstellung und Vorgehen

1. Die Aufgabenstellung

Im Jahr 2012 werden die Kosten für Spitalbehandlungen nicht mehr nach Aufwand für den einzelnen Patienten vergütet, sondern als Fallkostenpauschale abgerechnet. Die Patienten werden neu in Kostenkategorien (Diagnoses related Groups, DRG) zusammengefasst und der Aufwand wird über die so genannte «Fallpauschale» abgerechnet. Die Auswirkungen dieser Änderung sind derzeit noch nicht genau absehbar. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen jedoch, dass gerade die vulnerablen Gruppen, also alte, gebrechliche und behinderte Menschen negativ betroffen sein können. Insbesondere wird ein Qualitätsabbau vor allem bei der Behandlung und Betreuung dieser besonders sensiblen oder pflegeaufwändigen Patientengruppen befürchtet.

Um die befürchteten und effektiven Auswirkungen zu erfassen, soll vor der Einführung des neuen Systems und nach einer gewissen Zeitspanne je eine qualitative Befragung der zugewandten Dienste (Hausärzte, Spitex, Heime) durchgeführt werden.

2. Stichprobe

Vorgesehen waren total 18 Leitfadeninterviews mit Hausärzten, Spitex-Verantwortlichen und Heimverantwortlichen in den Kantonen Zürich, Bern und Basel-Stadt/Land:

	ZH		BE		BS/BL	
	Stadt	Agglo/ Land	Stadt	Agglo/ Land	Stadt	Agglo/ Land
Hausärzte	1	1	1	1	1	1
Spitex	1	1	1	1	1	1
Heime	1	1	1	1	1	1

Da im Kanton Zürich nur ein Hausarzt zur Teilnahme an der Studie motiviert werden konnte, betrug die schliesslich realisierte Interviewzahl 17.

3. Fragebogen

Der Gesprächsleitfaden wurde von Dialog Ethik in Zusammenarbeit mit gfs-zürich erarbeitet. Inhaltlich wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Vulnerabilität (Definition, Patientenrechte, fachl./zeitl. Kapazitäten der Institutionen)
- Hospitalisierung: Zuweisungs- und Austrittsgründe/Aufenthaltsdauer
- Wirtschaftlichkeit
- Ist-Zustand und Ausblick auf DRGs

Ein Interview dauerte zwischen 30 und 40 Minuten.

4. Befragungszeitraum

28. Juni bis 21. Juli 2011

5. Anmerkungen zum Lesen des Berichts

Im Bericht wird nur die männliche Form verwendet. Bei allgemeinen Bezeichnungen von Personengruppen sind die Frauen immer mit eingeschlossen.

II. Ergebnisse im Detail

1. Situation vulnerabler Patienten

Die häufigsten Definitionen für «vulnerable Menschen» sind:

- Patienten, die sich verbal oder körperlich nicht mehr selber helfen können
- Instabile, im Tagesablauf eingeschränkte Personen

Folgende Patientengruppen fallen darunter:

- Alte
- Demente
- Suchtkranke
- Von Geburt an Behinderte
- Psychisch Kranke
- Chronisch Kranke
- Poly-morbide Krankheitsbilder

1.1 Mitbestimmungskapazität

Die Beurteilung, wie sehr ein vulnerabler Patient in der Lage ist, bei Fragen rund um seine Behandlung mitzubestimmen, ist sehr unterschiedlich. Ärzte denken hier zumeist grundsätzlicher und machen geltend, das Mitbestimmungsrecht sei immer gewährleistet. Andere machen aber geltend, es hänge von der Orientierungs-, Urteils- und Handlungsfähigkeit der Patienten ab, ob sie selber entscheiden können. Einige weisen auch darauf hin, dass ein grosser Teil dieser Patienten nicht in der Lage ist, die Konsequenzen einer anstehenden Behandlung abzusehen. Grundsätzlich versuchen alle Beteiligten, diesen Patienten eine Mitbestimmung zu ermöglichen. Wenn sie dazu nicht in der Lage sind, nehmen andere diese Rechte wahr (z.B. Angehörige). Nur bei der Spitex ist man zum Teil der Meinung, die Krankenkassen hätten einen zu grossen Einfluss auf die Wahl der Behandlung. Eine Befragte meint, das Problem liege zuweilen

gar nicht bei den Patienten, sondern vielmehr bei den Angehörigen und Ärzten, die Mühe hätten, Entscheidungen der Patienten zu akzeptieren, die in ihren Augen nicht optimal sind.

Andere Akteure, die an den Entscheidungen über die Behandlungs- und Unterbringungsform beteiligt sind:

- Angehörige (stärkster Einfluss)
- Hausarzt, Spitex, Pflege-Institutionen
- Beistände
- Sozialdienste
- Krankenkasse/Versicherungen

Die Krankenkassen/Versicherungen werden nur von Spitex-Mitarbeitenden genannt.

1.2 Fachliche und zeitliche Kapazitäten

Die vulnerablen Patienten benötigen 2-3 Mal so viel Zeit wie andere Patienten. Alle Befragten sind der Meinung, dass sie über das medizinisch-fachliche Know-How für die Bedürfnisse vulnerabler Patienten verfügen. Einschränkungen gibt es in Bezug auf die ethisch-menschlichen Anforderungen sowie die zeitlichen Ressourcen.

Insgesamt am besten gerüstet fühlen sich die Spitex-Betriebe. Sie passen sich laufend den neuen Anforderungen an und haben auch personell kein Problem, weil sie ohnehin nur diejenigen Leistungen ausführen, die ihnen von den Krankenkassen vergütet werden. Die Geschäftsweise der Spitex bringt folgende Aussage treffend wieder: «Einzelne Leute erhalten nicht die Zeit, die sie erhoffen, das ist aber nicht unsere Aufgabe».

Die Heime setzen zuweilen Fragezeichen an ihre Möglichkeiten, den Patienten in menschlicher Hinsicht gerecht werden zu können. Bei schwierigen Fällen fühlen sie sich manchmal überfordert, sei es, weil sie deren Bedürfnisse zu wenig verstehen, sei es, weil sie auf spezielle Situationen (Sucht, Aggression, Gewalt, etc.) zu wenig vorbereitet sind.

Die Ärzte fühlen sich den Aufgaben gegenüber vulnerablen Patienten grundsätzlich gewachsen. Einige stossen zeitlich aber an ihre Grenzen. Es gibt immer mehr komplexe Fälle und immer weniger Hausärzte.

Die zeitliche Kapazität der Spitäler schätzen die meisten Befragten als kritisch ein. In den Spitälern sei der Spardruck besonders gross, was dazu führe, dass die Zeiteinheiten pro Patient kürzer werden. Dies läuft genau den Bedürfnissen der vulnerablen Patienten zuwider, die ja eher mehr Zeit benötigen. Der Tenor ist also, dass die Spitäler rasch an ihre Grenzen stossen im Umgang mit schwierigen Patienten.

1.3 Inanspruchnahme externer Hilfe

Die häufigsten Gründe für die in Inanspruchnahme von Hilfe anderer Dienste bzw. die Weiterleitung an andere Institutionen sind medizinischer Natur:

- Stürze, Unfälle, Verletzungen → Spital
- Krebs → Spital-externe Onkologie (Onkoplus) oder Spitex
- Psych. Probleme → psych. Institutionen
- Spezialtherapien → Ergo, Physio, etc.

Es werden aber auch soziale Dienste in Anspruch genommen:

- psycho-soziale Probleme → Casemanager, EPD
- ethische, religiöse Fragen → Seelsorge, Kirche
- Suchtprobleme → Drop-in/Suchtberatung
- Verwahrlosung → stadtärztl. Dienst (Verbindungsstelle zur Vormundschaft)
- Unterstützung im Alltag → Pro Senectute

Grundsätzlich werden dann externe Dienste beigezogen, wenn die Person entweder mehr oder andere Pflege benötigt, als geleistet werden kann, oder wenn eine Notfallsituation eintritt. Der Austausch zwischen den Institutionen ist rege. Heime

versuchen möglichst vieles selber zu lösen und geben die Bewohner nur dann (vorübergehend) an Externe ab, wenn sie selber an den Anschlag kommen. Sie holen zum Teil auch Externe ins Haus. Die Spitex arbeiten zumeist nach einem klar vordefinierten Leistungsangebot und überlassen entsprechend nicht darin enthaltene Leistungen anderen.

2. Hospitalisierung

2.1 Zuweisungsgründe

2.1.1 Medizinische Zuweisungsgründe

Hospitalisierungen aus medizinischen Gründen erfolgen immer bei akuten Problemen. Am häufigsten genannt wurden:

- Stürze
- Herz-Kreislauf
- Krebs
- Infektionen, speziell Lungenentzündung
- Diabetes

Ebenfalls mehrfach erwähnt werden Pflegegenotfälle, also Situationen, in denen die ambulante Pflege oder die Pflege durch Angehörige nicht mehr ausreicht.

Auch für die Neueinstellung der Medikamente werden Patienten kurzzeitig hospitalisiert.

2.1.2 Psycho-soziale Zuweisungsgründe

Spitaleinweisungen aus psycho-sozialen Gründen kommen vor, in aller Regel brauchen keine medizinischen Gründe vorgeschoben zu werden. Ein Arzt meint auch, es wäre rufschädigend, wenn sie andere als die effektiven Gründe vorschieben würden. Ein anderer sagt, dies sei nicht nötig, man könne heute die Dinge beim Namen nennen. Spitex-Vertreterinnen betonen, es sei in diesen Fällen häufig ein Zusammenspiel zwischen somatischen und psychischen Faktoren. Aus der Spitex kommen die einzigen Stimmen, die darauf hinweisen, dass

auch medizinische Gründe vorgeschoben werden, weil «es einfacher geht» oder weil schlicht im Kanton zu wenig spezialisierte Plätze zur Verfügung stehen (im Kanton BL zum Beispiel herrsche in der Geriatrie ein Mangel an Betten für Demenzpatienten).

Heime überweisen wenn überhaupt direkt in eine psychiatrische Klinik. Ärzte überweisen Patienten ins Spital in Fällen von Depression, Psychose, Suizidalität, Drogenabsturz, Pflegenotfällen, sozialem Rückzug, Verwahrlosung. Die Spitex versucht bei psycho-sozialen Ursachen zum Teil direkt eine langfristige Lösung (Heim) zu erreichen. Im Übrigen sind es mit Ausnahme der Drogen die selben Probleme wie bei den Ärzten, die sie veranlassen, eine Spitallösung zu suchen. Einige betonen auch, die Betroffenen hätten zum Teil selber den Wunsch, ins Spital zu gehen, weil sie sich dort sicherer fühlen.

2.2 Aufenthaltsdauer und Austrittsgründe

2.2.1 Kriterien der Spitäler

Die Tendenz ist klar: Die Spitäler entlassen die Patienten heute früher, vor allem nach Operationen. Sie sollen das Spital verlassen, sobald dies medizinisch verantwortbar ist. Die Spitäler stünden unter Druck, die Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Spital zu belassen. Insbesondere darauf, ob der Anschluss gewährleistet ist, wird nicht genügend Rücksicht genommen. Auch psycho-soziale Gründe werden kaum berücksichtigt, was aber durchaus als richtig angesehen wird, weil die Spitäler hierfür nicht vorgesehen sind.

Die Bewertung dieser Praxis durch die befragten Stakeholder ist sehr unterschiedlich.

Heime

In den meisten Heimen ist man froh, wenn die Bewohner möglichst schnell wieder zurückkommen, denn diese haben im Heim ein Zuhause. Zum Teil machen sie sogar

Druck auf das Spital, die Patienten rasch wieder heimzulassen. Mehrfach haben sie schon erlebt, dass die älteren Menschen in schlechterem Zustand oder mit neuen Problemen (z.B. offenes Gesäss) zurückkamen. Die Heime fühlen sich eher in der Lage, die Übergangspflege zu gewährleisten und auf psycho-soziale Bedürfnisse einzugehen.

Spitex

Mehrere Spitex-Verantwortliche betonen, oft seien es die Patienten, die darauf drängen, früher aus dem Spital entlassen zu werden. Sehr unterschiedlich ist die Einschätzung darüber, ob die Spitäler die persönliche Situation der Patienten genügend berücksichtigen. Offenbar ist die Praxis der Spitäler auch sehr unterschiedlich: die einen kooperieren bei der Austrittsregelung gut mit der Spitex und die anderen gar nicht.

Ärzte

Die Ärzte beurteilen die heutige Praxis trotz der im Vergleich zu früher schnelleren Entlassung positiv. Sie sind der Meinung, für Übergangslösungen werde ausreichend gesorgt, sei es durch die Spitex oder andere Institutionen.

2.2.2 Adäquate Austrittskriterien

Der Tenor ist klar: der richtige Zeitpunkt für den Austritt aus dem Spital ist, sobald die Patienten selber oder mit (gesicherter) Unterstützung Dritter wieder funktionieren können.

Ärzte finden zumeist, es laufe gut heute. Sie finden, die Patienten würden zum richtigen Zeitpunkt entlassen, fühlen sich aber zum Teil zu weit weg, um das seriös beurteilen zu können. Wenn die Patienten nicht für sich selbst sorgen könnten, müssten aber Anschlusslösungen gesichert sein.

Die Heime sind, wie unter 2.2.1 erwähnt, froh, wenn die Patienten zurückkommen, sobald sie selber in der Lage sind, diese zu versorgen. Jemand umschreibt das so:

«sobald die Person mit oder ohne Hilfe aus dem Bett raus kann und keine Infusion mehr nötig ist». Die meisten finden, die Spitäler könnten die Patienten auch früher entlassen, denn wenn die älteren Menschen zu lange nicht mobilisiert würden, schade das mehr. Fertig therapiert müssten sie aber schon sein.

Die Spitex-Verantwortlichen betonen häufiger, dass sie und das soziale Netz der Betroffenen eng einbezogen sein müssten beim Austrittsentscheid. Gewisse Spitäler klärten zu wenig ab, ob eine Anschlusslösung vorhanden sei. Austrittsgespräche mit allen Beteiligten seien leider nicht mehr die Regel: «Meist läuft es heute nur noch per Telefon. Dann erfolgt die Bedarfsabklärung durch uns. Es wird vor allem aufgrund medizinischer Kriterien entschieden. Für die sozialen Fragen ist dann die Spitex zuständig». Für die meisten Spitex-Verantwortlichen entlassen die Spitäler die Patienten heute eher zu früh. Das Minimum, das beim Austritt garantiert sein müsse, sei, dass die Patienten selber auf WC gehen und essen können. Der Gesundheitszustand der Patienten ist aber gut genug, dass sie die weitere Betreuung gewährleisten können.

Alle Befragten fühlen sich grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten nach dem Austritt aus dem Spital ihren beruflichen Qualitätsstandards entsprechend zu betreuen. Sie wünschen sich aber zum Teil eine frühzeitige Information und bessere Absprache von Seiten der Spitäler.

3. Koordination

3.1 Übergangslösung nach Spitalaufenthalt

Die Beurteilung der Möglichkeiten hinsichtlich der Übergangsbetreuung von vulnerablen Patienten nach einem Spitalaufenthalt fällt sehr unterschiedlich aus, je nach Region und Institution. Ein gene-

relles Grundproblem scheint die Finanzierung solcher Übergangslösungen zu sein.

Vom Angebot her scheint der Kanton Bern am besten dotiert zu sein. Sowohl das Bettenangebot in Spitälern wie auch die Zahl an Rehabilitations-Plätzen seien gross. Ein Arzt spricht gar von einer unverhältnismässig grossen Kapazität. In Zürich und BS/BL gibt es eher zu wenige Möglichkeiten für eine Übergangslösung. Es brauche auch neue Angebote, wie z.B. Case Management.

Heime

Aus der Sicht der Heime ist diese Frage nicht so relevant, da sie selber ein zu Hause für die Patienten bieten und somit nicht auf Übergangslösungen angewiesen sind. Sie sind daran interessiert, dass die Bewohner so schnell wie möglich wieder aus dem Spital zurück ins Heim kommen. Einige Heime überlegen sich aber, auch Plätze für eine Übergangsbetreuung anzubieten oder enger mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten, um Synergien zu nutzen.

Spitex

Die Spitex-Verantwortlichen sind je nach Kanton zufrieden oder unzufrieden (siehe oben). In Basel-Land und Zürich hält man die vorhandenen Möglichkeiten für ungenügend, in Bern für gut ausgebaut. Es scheint im Kanton Bern aber noch Unklarheiten darüber zu geben, welche neuen Aufgaben im Übergangsbereich der Spitex zugeteilt werden.

Ärzte

Die Ärzte beurteilen die Lage mehrheitlich als gut, sehen aber noch Verbesserungspotential, insbesondere in Bezug auf die Flexibilität der Institutionen (öffentliche Spitex) und der Finanzierung.

3.2 Zusammenarbeit der betreuenden Institutionen

Die Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Institutionen ist sehr unterschiedlich gut entwickelt. Je nach Arzt, Klinik, Spitex usw. klappt es besser oder schlechter. Der Informations-Fluss zwischen ambulanten und stationären Diensten funktioniert aber insgesamt eher suboptimal.

Wünschenswert wären sicher weitere Foren und Plattformen, wo ein regelmässiger Austausch stattfindet. Innerhalb der einzelnen Bereiche gibt es dies bereits (z.B. Verband Alterspflege), eine übergreifende Vernetzung scheint aber noch nicht flächendeckend zu existieren. Ein positives Beispiel ist die von jemandem aus dem Kanton Zürich erwähnte Plattform «vernetzte Dienstleister», in der sich Spitäler, Spitex, Sozialdienst, Psychologen, etc. zu regelmässigen Diskussionen treffen.

4. Wirtschaftlichkeit

Das heutige Tarifsystem sieht vor, dass nach Zeittarif abgerechnet wird. Dies führt im Prinzip dazu, dass man an den zeitintensiveren Patienten mehr verdient. Allerdings weisen viele Befragte darauf hin, dass die Vergütung in der Regel nicht dem Aufwand entspricht. Ungenügend verrechnet werden:

- längere Zeiteinheiten als gemäss Wirtschaftlichkeitsrechnung der KK vorgesehen
- Zusatzaufwand durch Hausbesuche
- Administrative Arbeiten

Die Spitex-Verantwortlichen weisen zudem darauf hin, dass Grundpflege und Hauswirtschaft weniger gut abgegolten werden, was im Zusammenhang mit vulnerablen Patienten problematisch ist. Die Vergütung hierfür sei nicht kostendeckend. Eine Befragte fügt auch an, das System sehe für die spital-externe Pflege zu geringe verrechenbare Kosten vor. Da-

bei sei ein Spital-Aufenthalt ungleich viel teurer!

Die Frage, wie viele der Leistungen, die für vulnerable Patienten erbracht werden, verrechnet werden können, wird sehr unterschiedlich beurteilt:

- Die Heimverantwortlichen sind insgesamt recht zufrieden mit dem System. Einzelne weisen darauf hin, es sei zu sehr auf somatische Erkrankungen ausgerichtet: «Es bräuchte ein RAI, welches die psychischen Erkrankungen auch berücksichtigt». Jemand findet auch, das «Zwischenmenschliche» sei ungenügend finanziert.
- Die Spitex-Verantwortlichen sind der Meinung, es gebe keine Unterschiede bei der Verrechenbarkeit zwischen vulnerablen und anderen Patienten. Grundsätzlich könne alles verrechnet werden. Sie leisten einfach das, was vergütet wird. Nicht verrechenbar ist der administrative Aufwand, der bei vulnerablen Patienten grösser ist.
- Die Ärzte geben an, dass 70 bis 90% der Leistungen für vulnerable Patienten vergütet würden. Der Zeitbedarf übersteige die Vergütung stark. Das heutige Tarifsystem sei in doppelter Hinsicht unfair: erstens würden Leistungen in Abwesenheit (Recherchen, Abklärungen, Bilanzieren, etc.) der Patienten nur limitiert vergütet, und zweitens seien Hausärzte gegenüber Spezialisten benachteiligt, indem sie weniger Zeitgutschriften erhalten. Auch seien psychiatrische Patienten weniger gut vergütet. Problematisch sei der Druck, den die Krankenkassen mittels Wirtschaftlichkeitsverfahren aufsetzen: «Wir müssen bei den teuren Patienten sparen und die Vulnerablen sind die teuersten. Das führt dazu, dass wir diese zum Teil gar nicht mehr annehmen!».

5. Fazit heutiges System

5.1 Pluspunkte

Das bisherige System wird als relativ flexible Lösung gesehen, die individuelle Entscheidungen ermöglicht. Die wichtigsten Pluspunkte sind:

- individuelles Eingehen auf Heilungsverlauf und Patientenbedürfnisse
- adäquate Behandlung, gute Betreuung
- kein übermässiger Zeitdruck
- Planbarkeit
- Absprachen zwischen beteiligten Stellen möglich

5.2 Problempunkte

Es werden viele verschiedene Problempunkte aufgezählt. Die heutige Lösung ist für vulnerable Patienten oftmals alles andere als ideal. Ein Hauptproblem dabei ist die Finanzierung, welche diese Patientengruppe zu unbeliebten Kunden macht. Vor allem Ärzte erwähnen diesen Punkt. Beim heutigen System kommen in ihren Augen gerade die Spitäler nicht auf ihre Kosten. Andere weisen darauf hin, dass das heutige System zum Teil auch unnötige Kosten generiert, wenn mehr gemacht wird als unbedingt nötig wäre.

Die wichtigsten Problempunkte sind:

- Unberechenbarkeit der Kosten
- Komplizierte administrative Verfahren
- Ungenügende Verlinkung der Schnittstellen
- Mangelnde Vernetzung der Anbieter
- Lückenhaftes Angebot
- Sozialer Zusammenhalt fehlt, zunehmende Vereinsamung

6. Ausblick auf Swiss-DRG

6.1 Chancen

Drei von 17 Befragten sehen sich ausser Stande, in den Swiss DRGs, die auf Anfang 2012 eingeführt werden, Chancen zu erkennen. Die überwiegende Mehrheit verbindet mit dem neuen System aber durchaus Hoffnung auf eine bessere Zukunft im Patientenwesen. Ein Heim in Zürich hat den Wechsel sogar schon vollzogen und betrachtet das neue System als flexibler als das alte. Weil die Kostenfrage klar geregelt ist (Betreuung und Pflege getrennt: Betreuung zahlt Patient, Aufenthalt zahlt die Gemeinde, Medizinisches zahlt die Krankenkasse), ist es ihnen neu möglich, auch Patienten mit vielen Medikamenten aufzunehmen. In der bedarfsgerechten und transparenten Finanzierung sehen auch die meisten die grössten Chancen der Umstellung.

Ausserdem erhofft man sich:

- Sinkende Kosten, ausgeglichene Kosten pro Fall
- effizientere Patientenwege
- sorgfältigere Abklärungen, weil Fehlbeurteilungen teuer werden
- bessere Vernetzung unter den Stakeholdern
- Aufwertung der Hausärzte (wenn sie präzise Diagnosen und Nebendiagnosen stellen, bringen sie dem Spital Geld)
- Umdenken im Machbarkeitswahn, weniger «unnötige» Behandlungen
- Aufdeckung von Lücken im System (werden offensichtlich)
- Spannenderes Arbeitsfeld für Spitex (auch Akutbehandlungen)
- Frühere Heimkehr der Bewohner ins Heim

Als beispielhaft kann vielleicht die Aussage einer Befragten genannt werden, die ihre Hoffnungen in Bezug auf die Neuausrichtung so formuliert: «Wenn das System funktionieren soll, muss man mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten einräumen, damit wirklich nur diejenigen Behandlungen gemacht werden, die zum Wohl des Patienten sind. Ohne genügend frühzeitige Abklärung wird es für die Spitäler mit dem neuen System teurer und so hoffe ich, dass dies zu einer höheren Sensibilisierung für die Konsequenzen des eigenen Handelns bei den verschiedenen Akteuren führt».

6.2 Risiken

Die Befragten sehen im neuen System sehr viele Risiken. Häufig stehen diese in Zusammenhang mit den Punkten, die als positive Faktoren der heutigen Regelung genannt wurden:

- Individualität geht verloren
- übermässiger Zeitdruck
- nicht mehr in jedem Fall adäquate Behandlung
- Schnittstellen könnten leiden, wenn es immer schneller gehen muss

Die Befürchtung ist gross, dass die Patienten zum reinen Kostenfaktor verkommen, dass die Ökonomie dermassen im Vordergrund steht, dass das Wohlbefinden der Patienten zu kurz kommt. Gerade bei komplexen Patienten bestehe die Gefahr, dass man ihnen nicht mehr gerecht wird. Es wird befürchtet, dass weniger auf den Allgemeinzustand Rücksicht genommen wird und dass weniger darauf geachtet wird, dass das soziale Netzwerk und die Anschlusstherapie gewährleistet sind. Ob damit der Sache gedient ist, wird stark bezweifelt; man befürchtet einen Karussell-effekt: bei zu früher Entlassung wird der

Patient bald wieder zurück im Spital sein. Dies sei nicht billiger.

Die einzelnen Akteure haben auch Angst, dass sie gegeneinander ausgespielt werden:

- Hausärzte befürchten, dass eine Lawine an Arbeit auf sie zukommt, die sie nicht bewältigen können, zumal es schon jetzt einen Mangel an Hausärzten gebe. Wer übernimmt die Aufgaben, wenn mehr in den ambulanten Bereich übertragen wird?
- Spitex haben Angst vertrieben zu werden zwischen den verschiedenen Kostenfinanzierern
- Heime und Spitex erwarten neue technische und personelle Herausforderungen für den Fall, dass Patienten früher entlassen werden (Infusionstherapien)

Darüber, welche und wie viele Behandlungen ein Patient nach Einführung der Swiss-DRGs noch erhält, bestehen ebenfalls Unsicherheiten. Es gibt sowohl die Prognose, es werde zukünftig ein Fokus auf die Hauptdiagnose gelegt und Nebendiagnosen würden vernachlässigt, wie auch diejenige, dass mehr Diagnosen gestellt würden, um die Fallpauschalen abholen zu können. Dadurch würden schliesslich zu viele Abklärungen gemacht.

Man ist sich zwar einig, dass die Patienten nach der Umstellung tendenziell früher aus dem Spital entlassen werden; die Meinungen darüber, ob dies nun gut oder schlecht ist, sind aber geteilt. Die einen befürchten dadurch neue Komplikationen oder auch die Verhinderung einer möglichen Rehabilitation; andere sehen darin durchaus eine Chance, dass Patienten bestärkt werden und verloren geglaubte Ressourcen und Lebensqualität wieder erlangen, wenn sie sich zu Hause erholen können.

Gesprächspartner: _____

Institution: _____

Datum, Uhrzeit: _____

Interviewer(in): _____

Gesprächsleitfaden

Vorbemerkung

Besten Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Erhebung teilzunehmen. Wir führen diese Umfrage im Namen des Interdisziplinären Institut für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik durch. Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt. Wir werden die Daten so auswerten, dass keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Institution möglich sein werden.

Im Jahr 2012 werden die Kosten für Spitalbehandlungen nicht mehr nach Aufwand beim einzelnen Patienten vergütet, sondern als Fallkostenpauschale abgerechnet. Die Patienten werden neu in Kostenkategorien (Diagnoses related Groups, DRG) zusammengefasst und der Aufwand wird über die so genannte «Fallpauschale» abgerechnet. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Auswirkungen des neuen Abrechnungssystems auf die vulnerablen Patientinnen und Patienten.

Die Studie ist so aufgebaut, dass vor und nach der Einführung des neuen Systems je rund 20 Experten zu ihren Erfahrungen im Umgang mit vulnerablen Patienten befragt werden.

Wir haben die Personen so ausgesucht, dass die drei Bereiche Hausärzte, Spitex und Heime abgedeckt sind. Diese erfassen alle einen wichtigen Teil der Versorgung vulnerabler Patienten und können auch von ihren Erfahrungen mit der Einweisung in Spitäler berichten.

1. Vulnerabilität

Was verstehen Sie unter vulnerablen (besonders sensiblen und pflegebedürftigen) Menschen? Welche Patientinnen, Patienten oder Krankheitsbilder fallen unter diesen Begriff?

Wie hoch ist der Anteil dieser Patienten an Ihrer Klientel?

Ca. %

In wie weit ist ein vulnerabler Patient heute in der Lage, bei Fragen rund um seine Behandlung mitzubestimmen?

Welche anderen Akteure sind an den Entscheidungen über die Behandlungs- und Unterbringungsform beteiligt? Wie stark ist deren Einfluss auf die Entscheidungen?

Wie gut ist in Ihren Augen heute das Mitbestimmungsrecht von vulnerablen Patienten in Bezug auf die Behandlungs- und Unterbringungsform geregelt?

2. Fachwissen & Qualität

Fühlen Sie sich Ihren Aufgaben gegenüber vulnerablen Patienten heute gewachsen? Ist Ihre Praxis/ Ihr Heim mit entsprechendem Know How (auch personell) ausgerüstet?

In welchen Fällen nehmen Sie Hilfe von anderen Diensten in Anspruch oder leiten Sie die Patienten an andere Institutionen weiter?

3. Zuweisungsgründe ins Spital

Welches sind die häufigsten medizinischen Zuweisungsgründe von vulnerablen Patienten ins Spital?

Gibt es psycho-soziale Gründe, die zur Zuweisung in ein Spital führen? Welche sind dies und in welchen Situationen wird eine solche Zuweisung angeordnet? In wie weit werden dabei medizinische Gründe „vorgeschoben“, um die Zuweisung zu ermöglichen?

4. Aufenthaltsdauer im Spital und Austrittsgründe

Nach welchen Kriterien entscheiden die Spitäler heute über den Austritt von Patienten, die zu einer vulnerablen Gruppe gehören? Wie lange werden solche Patienten im Spital belassen? Werden psycho-soziale Kriterien genau so berücksichtigt wie medizinische?

Anmerkung: Es geht weniger um die Aufenthaltslänge, sondern viel mehr um die qualitativen Motive für die Entlassung aus dem Spital.

Welche Austrittskriterien würden in Ihren Augen den vulnerablen Patienten am ehesten gerecht werden? Was würden Sie als die ideale Aufenthaltsdauer im Spital für solche Patienten bezeichnen?

Wie beurteilen Sie heute den Gesundheitszustand von besonders sensiblen und pflegebedürftigen Patientengruppen beim Austritt aus dem Spital? Könnten Sie aus Ihrer Sicht heute bereits früher entlassen werden oder sollten sie sogar eher länger im Krankenhaus betreut werden?

Fühlen Sie sich heute grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten nach dem Austritt aus dem Spital Ihren beruflichen Qualitätsstandards gemäss zu behandeln und zu betreuen?

5. Zeit-Kapazität

Zeit ist ein zunehmend knappes Gut. Wie teilen Sie die Ihnen für die Patienten zur Verfügung stehende Kapazität ein?

Wie viel Zeit benötigen vulnerable Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen?

Haben Sie/hat Ihre Institution heute genügend Zeit für diese Patienten? Wenn nein: wie lösen Sie das Problem?

Wie viel Kapazität haben die Spitäler für diese Patienten? Welche Entwicklungen beobachten Sie beim Umgang der Spitäler mit vulnerablen Patienten?

6. Wirtschaftlichkeit

Wie viel verdienen Sie an vulnerablen Patienten im Vergleich zu anderen Patientengruppen? Entspricht die Vergütung Ihrem Aufwand?

Wie viel von den Leistungen, die Sie für vulnerable Patienten erbringen, wird effektiv bezahlt, bzw. ist verrechenbar? Was bräuchte es, damit Sie die Leistungen erbringen könnten, die den Bedürfnissen dieser Patienten gerecht werden?

Spielt beim Spital-Ein- und Austritt von vulnerablen Patienten der Versicherungsstatus eine Rolle? Wenn ja, welche?

Welchen Einfluss haben die Kosten heute auf die Aufenthaltsdauer der vulnerablen Patienten im Spital?

Gesprächsleitfaden DRG und vulnerable Patienten

Wie beurteilen Sie die heutigen Möglichkeiten hinsichtlich der Übergangsbetreuung von vulnerablen Patientengruppen nach einem Spitalaufenthalt?

Wie spielt aus Ihrer Sicht heute die Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Institutionen?

7. Ist-Zustand und Ausblick auf Swiss DRGs

Wie bewerten Sie das heutige System aus dem Blickwinkel der vulnerablen Patientengruppen? Was läuft gut, wo sehen Sie Problempunkte?

Pluspunkte:

Problempunkte:

Gesprächsleitfaden DRG und vulnerable Patienten

Welche Chancen und Risiken sehen Sie für vulnerable Patienten im Zusammenhang mit den Swiss DRGs, die auf Anfang 2012 eingeführt werden?

Chancen:

Risiken:

Besten Dank für das Gespräch!

www.dialog-ethik.ch

Institut Dialog Ethik
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich
Tel. 044 252 42 01
Fax 044 252 42 13
info@dialog-ethik.ch



