

DRG und Pflege

# Damit die **Fall-** nicht zur **Foul-Pauschale** wird

Muss künftig der Patient einfach dem nächsten Fall Platz machen? Wie können die pflegerischen Leistungen gerecht abgebildet werden? Wie gelingt es, nicht nur die Kosten, sondern auch den Nutzen der pflegerischen Leistung für den Patienten und die Gesellschaft aufzuzeigen? Zum Start der neuen Spitalfinanzierung gilt es kritisch hinzuschauen und die richtigen Schlüsse zu ziehen.

ELSBETH WANDELER

**ZUR** Stunde Null des SwissDRG-Fallpauschalensystems ist Neugier und Skepsis zugleich angesagt. Die seit Beginn dieses Jahres gültige Regelung zur Abgeltung der stationären Leistungen der Spitäler kann insbesondere nicht isoliert betrachtet werden. Sie steht in einem engen Kontext zur Ökonomisierung und Kostenentwicklung des Gesundheitswesens und den politischen Entscheiden, wie dieses immer teurere System finanziert werden soll. Letztlich sind es immer die politischen Realitäten und Entscheide, welche die Zukunft des Pflegeberufs und der Pflege als Dienstleistungen nachhaltig beeinflussen.

## Krux der Finanzierung

Die Schweiz hat – nach den USA – das zweit teuerste Gesundheitssystem der Welt und der Gesundheitssektor wächst schneller als die übrige Wirtschaft<sup>1</sup>. Diese Entwicklung macht uns allen auch als Prämienzahlerinnen zunehmend Sorge. Alle sind sich einig: Es muss gespart werden, egal wo, vor allem aber nicht dort, wo es uns selber weh tut. Die wirtschaftlichen Interessen neutralisieren sich gegenseitig und dies hat zur Folge, dass die Revision des Krankenversicherungsgesetzes seit Jahren in vielen Punkten politisch blockiert ist.

Bevor ich mich nun der eigentlichen Finanzierungsfrage zuwende, möchte ich den Spar-Reflex im Gesundheitswesen kritisch hinterfragen und aufzeigen, welche Chancen wir uns vergeben,

wenn wir Reformen im Gesundheitswesen in erster Linie unter dem Titel «Kosten sparen» diskutieren. Denn das Problem sind nicht die Kosten, sondern deren Finanzierung.

Kann sich die Schweiz als eines der reichsten Länder den Luxus, an den wir uns gewöhnt haben und den wir nicht missen wollen, noch leisten oder ist der Preis dafür zu hoch? Wie können wir eine möglichst sozialverträgliche Finanzierung unseres teuren, aber guten Gesundheitswesens sicherstellen?

Tatsache ist: Immer mehr Leute spüren die Steigerung dieser Kosten sehr direkt und schmerzlich. In keinem Industrieland, ausser in den USA, ist der private Anteil an der Finanzierung des Gesundheitswesens so hoch und der Anteil des Staates so tief wie in der Schweiz. Die Schweizerinnen und Schweizer haben sich jedoch 1996 für eine solidarische Finanzierung der Grundversicherung entschieden, und dies bedeutet, dass die 18 Milliarden Franken<sup>2</sup> für die Leistungen, die über die obligatorische Krankenversicherung abgerechnet werden, von allen gemeinsam mit den Prämien bezahlt werden müssen.

## Falsche Anreize

Die eigentliche Problematik liegt darin, dass für jeden Sektor – die Akut-, Spitex-, Rehabilitations- und Langzeitpflege – gesonderte Finanzierungsleistungen gesucht und beschlossen wurden. Dieses System hilft nicht sparen, sondern verlagert vor allem die Kosten.

Zudem setzt es falsche Anreize bezüglich der Patientenversorgung, da diese immer mehr von den Finanzströmen gesteuert wird.

Deutlich zeigt dies die 2008 beschlossene neue Pflegefinanzierung. Pflegeleistungen zu Hause werden nun nicht mehr voll durch die Obligatorische Krankenpflegeversicherung (Grundversicherung) übernommen, sondern teilweise auf die Patienten und Patientinnen abgewälzt. Zudem beteiligen sich die Kantone und Gemeinden an der Finanzierung der Restkosten. In der Spitex führte dies zu einer Verschlechterung der Situation. Im Pflegeheim hat es positive Auswirkungen, da die Patientenbeteiligung nun klar geregelt und in der Höhe limitiert ist.

## DRG: Mittel zum Zweck

Auch die nun gestartete neue Spitalfinanzierung bringt nicht nur Negatives: Die Vorlage umfasst nebst dem Abgeltungssystem mittels Fallpauschalen verschiedene wichtige Neuerungen, wie die Gleichbehandlung von privaten und öffentlichen Spitäler, eine Finanzierung über die Kantonsgrenzen hinweg sowie die Kostentransparenz mittels Benchmarking. Aber das primäre Ziel der Ökonomen und Politiker war, mit mehr Markt im Gesundheitssystem die Kostenentwicklung zu bremsen. Die DRG sind also Mittel zum Zweck

<sup>1</sup>Gerhard Kocher, Willy Oggier, Gesundheitswesen Schweiz 2010–2012, Seite 158, Tabelle 3.

<sup>2</sup>Gesundheitswesen Schweiz, Interpharma, 29. Auflage 2010.



Die Pflege muss dafür sorgen, dass Patient A wieder einen Namen erhält.

Foto: Fotolia

und es bleibt letztlich die Frage, wie viel Markt das Gesundheitswesen braucht und wie sich die Pflege in dieser marktwirtschaftlichen Ausrichtung positioniert.

Das Sparpotential beim System der Fallpauschalen liegt in der Senkung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern.

Erklärtes Ziel ist es, Patienten schneller und auch in komplexeren Situationen nach Hause zu entlassen, um so wieder Platz für den nächsten Fall zu haben und die effektiven Fallkosten möglichst tief zu halten. Doch weiss der Patient, wie er zu Hause sein Stoma versorgen muss? Wer hilft ihm, wenn die Haut

wund wird? Was unternimmt er, wenn in der Nacht Darmkrämpfe auftreten?

Es ist offensichtlich: Es genügt nicht, Patienten aufgrund einer medizinischen Beurteilung zu entlassen. Dieser Entscheidung muss in gleichem Masse von der pflegerischen Situation mitbestimmt werden. Die Austrittsplanung beginnt mit dem Eintritt und die Pflegefachpersonen brauchen mehr Handlungsspielraum bezüglich Einschätzung der Situation vor der Entlassung.

Die pflegerische Nachbetreuung, die sich nach Hause, ins Pflegeheim oder in ambulante Tages- oder Nachtstrukturen verlagert, muss zudem gewährleistet sein. Gerade ältere Menschen brauchen für die Genesung oder um mit der Krankheit und ihren Einschränkungen autonom leben zu können, vor allem pflegerische Leistungen, die nicht zwingend im Akutspital erbracht werden müssen.

## Auswirkungen auf Pflegepraxis

Der Erfolg der neuen Spitalfinanzierung hängt von den Investitionen in die Pflegepraxis und der Aufwertung der Pflege als Leistung im Gesundheitswesen ab. Um eine Reduktion der Aufenthaltsdauer erreichen zu können, braucht es nicht nur eine optimale ärztliche Versorgung, sondern es braucht

vor allem hoch qualifiziertes Pflegepersonal, welches dafür sorgt, dass es zu keinen Komplikationen kommt und die Heilung rasch voranschreitet. Es ist deshalb unbestritten, dass die Anforderungen an das Pflegepersonal steigen und sich die Arbeitssituation noch verschärfen werden.

Der Patienten-Mix wird sich verändern, wir werden mehr Patienten in akuten Situationen pflegen, die früher nach Hause müssen. Eine weitere Gefahr für die Pflegefachpersonen liegt in der Tatsache, dass vom Personal mehr Flexibilität bezüglich Einsatzgebiet und -zeit gefordert werden wird; denn der Personalbestand wird von der Bettenbelegung bestimmt, da nur belegte Betten Geld bringen. Die Gefahr von Arbeit auf Abruf wird zunehmen.

## Veränderungen als Chance

Eines ist sicher: Jammern bringt uns nicht weiter. Vielmehr gilt es auf zwei Ebenen aktiv zu sein. Zum einen müssen wir auf die Ausgestaltung der DRG Einfluss zu nehmen, so wie es das gemeinsame Projekt von SBK und SVPL anstrebt (vgl. Kasten S. 14). Es muss aber auch zwingend sichergestellt werden, dass genügend Geld in den Pflegebereich fliesst, damit das nötige zusätzliche Personal eingestellt werden kann. Entscheidend wird nicht nur sein, was wir Pflegenden machen. Ebenso zentral ist, dass wir es dokumentieren; denn nur was dokumentiert ist, kann kodiert werden und wird als Pflege sichtbar.

Nutzen wir die Veränderungen als Chancen für die Pflegepraxis. Zeigen wir auf, welche pflegerischen Angebote es braucht, damit wir auf die neuen Herausforderungen, die an die Versorgung der Patienten gestellt werden, adäquat reagieren können. Mit der parlamentarischen Initiative Joder zur Anerkennung der Verantwortung der Pflege fordern wir die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die wir brauchen, um die Pflege als eigenständigen Bereich in der Gesundheitsversorgung zu positionieren – eine Voraussetzung, die unser autonomes Handeln stärken wird. Die Zusammenarbeit zwischen Akut- und Langzeitpflege wird an Bedeutung zunehmen und die Pflege muss hier eine zentrale Brückenfunktion übernehmen, damit die pflegerische Versorgung über alle Bereiche hinweg professionell sichergestellt werden kann.

## Flankierende Massnahmen

Klar ist, dass es flankierende Massnahmen zum Schutze des Personals braucht. Die Berufs- und Personalver-

bände haben diese Forderungen in einer Petition an den Bundesrat frühzeitig zum Ausdruck gebracht. Es braucht Gesamtarbeitsverträge für alle Bereiche, der «Personalmix» muss dem veränderten «Patientenmix» Rechnung tragen, die Aus- und Weiterbildung für nicht universitäre Berufe muss im neuen System gesichert sein. Dass dies auch im neuen System möglich ist, zeigt das vom Kanton Bern beispielhaft umgesetzte Bildungsmodell (vgl. Zweittext).

Im Weiteren braucht es zwingend eine Begleitstudie über die Auswirkungen auf die Patienten und die Leistungserbringer. Leider hat es der Bund verpasst, hier die Federführung zu übernehmen. So wurden verschiedene Studien gestartet – eine von der FMH, welche den Fokus auf den ärztlichen Sektor legt. Zum andern läuft die Begleitforschung «Monitoring des Einflusses der DRG auf Pflegekontextfaktoren in Schweizer Akutspitälern» als gemeinsames Forschungsprojekt des Zentrums Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspital Zürich, der Abteilung Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspital Basel und des Bereichs Fachentwicklung und Forschung, Direktion Pflege/MTT des Universitätsspital Bern (vgl. Artikel «Daten vor und nach der DRG-Einführung», in «Krankenpflege» 2/2011). Diese Forschung legt den Schwerpunkt auf den stationären Bereich; was jedoch immer noch fehlt, ist eine Studie über die Auswirkungen auf die nachgelagerten Bereiche Spitex und Pflegeheime.

## Kosten versus Nutzen

Entscheidend ist jedoch nicht das Finanzierungssystem, denn dieses ist – per se – wertneutral. Entscheidend ist vielmehr das Ziel, welches mit der Finanzierung avisiert werden soll. Es ist ein Unterschied, ob das System ohne Rücksicht auf Verluste Kosten sparen soll oder ob es Kostentransparenz schaffen, eine gerechte Verteilung der Mittel erreichen und die Qualität fördern will. Deshalb werden die Gesetze der freien Marktwirtschaft uns nicht wirklich zu einem sozialen, sicheren und bezahlbaren Gesundheitswesen verhelfen. Die Frage, wie viele Leistungen wir beziehen und wieviel wir dafür

bezahlen wollen oder können, wird nicht durch die finanziellen Rahmenbedingungen bestimmt, sondern vielmehr von der gesundheitlichen Gesamtsituation jedes Einzelnen.

Damit wird deutlich, dass der Entscheid, Güter in diesem Markt zu konsumieren, auch nicht nach dem Lustprinzip getroffen wird, sondern von Faktoren wie Krankheit, Schmerz, Angst vor dem Tod oder Autonomieverlust – alles Dinge, welche wir nicht direkt beeinflussen können. Wir dürfen die Diskussion im Gesundheitswesen nicht darauf reduzieren, was eine Leistung kostet, sondern wir müssen immer wieder aufzeigen, welchen Nutzen unsere Leistung für den Patienten und die Gesellschaft hat. Im Bereich DRG heisst dies beispielsweise, dass dank der Pflege teure Wiedereintritte vermieden werden können, wenn die Nachversorgung zu Hause oder im Pflegeheim professionell sichergestellt und finanziert ist.

Die Problematik der Pflege begründet sich in der Tatsache, dass sie zwar Kosten spart, die Einsparungen jedoch nicht dort anfallen, wo sie erbracht wurden, sondern in anderen Bereichen: Gefragt wäre deshalb eine Gesamtbeurteilung der Kosten über alle Sektoren hinweg und nicht das gegenseitige Ausspielen der Kosten im Spital versus Kosten im Pflegeheim oder zu Hause.

## Wert kommt vor Preis

Ich wünsche mir, dass die Schweiz zu einem Finanzierungssystem findet, das die Patienten nicht einfach als Kostenfaktor zwischen den Sektoren hin und her schiebt. Die verantwortlichen Politiker und Ökonomen sollten nicht nur den Preis der Pflege, sondern auch deren Wert kennen, oder wie es Oscar Wilde treffend formuliert: «Es gibt Menschen, die kennen den Preis von allem und den Wert von nichts.» □

Elsbeth Wandeler ist Geschäftsführerin des SBK.

[www.sbk-asi.ch](http://www.sbk-asi.ch)

- DRG
- Pflegefinanzierung
- Gesundheitspolitik

# Hauptsache wieder zur Hauptsache machen

Wie gelingt es im DRG-Zeitalter die Qualität und die Kosteneffizienz ins Gleichgewicht zu bringen? Wie kann die Aus- und Weiterbildung trotzdem finanziert und sogar noch gefördert werden? Experten und Expertinnen präsentierten an einer Tagung Modelle.

**UNSIHERHEIT** und Ungewissheit haben in den letzten Monaten vor dem Start die Diskussion um die Einführung von SwissDRG geprägt. Nichts davon ist bei Markus Wittwer, Direktor Pflege und stellvertretender Direktor des Kantons-spital Winterthur, zu spüren. Wer seine Hausaufgaben gemacht habe, könne dem neuen Fallpauschalen-System gelassen entgegenblicken, gab er sich an einer Fachtagung über die Versorgungsqualität unter SwissDRG<sup>1</sup> selbstbewusst. Markus Wittwer sieht die neue Spitalfinanzierung gar als Chance, die Pflege klarer zu profilieren. Sein Zauberwort lautet «Prozessoptimierung»: Als Reaktion auf die zu erwartende Arbeitsverdichtung und den zunehmenden Kostendruck müssten das Personal reflektiert eingesetzt und die Arbeitsschritte besser aufeinander abgestimmt werden.

## Pflegen statt Taxis rufen

Die Abläufe gelte es so zu organisieren, dass «die Hauptsache zur Hauptsache» wird. Konkret bedeute dies, dass die Pflegenden wieder pflegen und nicht Taxis organisieren oder Nachtessen servieren. Da 70 Prozent der Kontakte mit den Patienten und Patientinnen über die Pflege laufen, seien Pflegefachpersonen geradezu prädestiniert als Prozessverantwortliche eine koordinierende Funktion zu übernehmen.

Klar ist für Markus Wittwer, dass diese Prozesse bereits vor dem Eintritt ins Spital beginnen und nach dem Austritt nicht zu Ende sind. In Patientensprechstunden



Das «Berner Modell» zeigt, wie unter DRG-Bedingungen die Ausbildung weiterhin finanziert werden kann.

Foto: Giorgio von Arb

könnten vor einem geplanten Eintritt viele Fragen geklärt werden. Und: «In Zukunft hört das Spital nicht auf, wenn der Patient oder die Patientin nach Haus geht.» Bereits beim Austritt und der Koordination der nachfolgenden ambulanten Pflege hätten die verantwortlichen Pflegefachpersonen künftig eine wichtigere Rolle. Sein Kantonsspital biete künftig zum Beispiel auch selber ambulante Wochenbettpflege an.

## Was ist «normal»?

Vieles hängt von der Pflegedokumentation und der Leistungserfassung ab, damit die Pflege bei der Codierung im DRG-System nicht zweite macht. Um die Pflegeleistungen sichtbar werden, müssen die Pfl-

genden ihre Arbeit richtig dokumentieren. Dabei geht es darum, nicht nur den «Normalfall» als kostenrelevanten Faktor zu erfassen: Dass die Mobilität nach einem orthopädischen Eingriff eingeschränkt ist, ist «normal». Wenn jedoch der Patient zusätzlich verwirrt ist oder unter ungewöhnlichem Schmerz leidet, sind dies Pflegeindikatoren, die zu zusätzlichem Aufwand führen. Mit dem Projekt «SwissDRG und Pflege» haben inzwischen SBK und SVPL diese zusätzlichen Pflegeindikatoren definiert (vgl. Kasten, S. 14).

In einem weiteren Forschungsprojekt wird nun ein Monitoringsystem entwickelt, das aufzeigen soll, wie sich diese sogenannten Pflegekontextfaktoren unter DRG verändern. Dazu gehören beispielsweise Arbeitsbelastung und Pflegekomple-

<sup>1</sup>«Versorgungsqualität unter SwissDRG – Pflege im Brennpunkt», Fachtagung des WE'G, in Zusammenarbeit mit dem SBK und der SVPL vom 16. November 2011 in Aarau.

Projekt SBK/SVPL

## Zusätzliche Pflegeindikatoren sollen Pflegeleistungen besser abbilden

Die Patienten A, B und C liegen mit der genau gleichen Diagnose im Spital. Da der Patient A zusätzlich desorientiert ist und der Patient B wegen seinen Angstzuständen eine Sitzwache braucht, ist der Pflegeaufwand dieser beiden Patienten wesentlich grösser als jener des Patienten C, bei dem alles planmässig abläuft. Aufgrund der Literatur und Studien ist bekannt, dass die Heterogenität von Pflegekosten und Pflegeleistungen im DRG-System ein Problem ist. Da die Pflegeleistungen im neuen Tarifsystem in vielen Fällen nicht transparent, leistungs- und fallbezogen zum Ausdruck kommen, treiben der SBK und die Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) seit 2004 das Projekt «SwissDRG und Pflege» voran, welches die Grundlagen für eine angemessene Abbildung der Pflege in einem verbesserten SwissDRG-System liefern soll.

Im Auftrag von SBK und SVPL hat das Zentrum Klinische Pflegewissenschaft des Universitätsspitals Zürich nun ein Set von 14 aufwandrelevanten Pflegeindikatoren erarbeitet, welche die Heterogenität von Pflegeleistungen innerhalb von DRG zusätzlich erklären und so den pflegerelevanten Gesundheitszustand einer Patientin oder eines Patienten ge-

nauer beschreibt. Die folgenden ausgewählten Indikatoren orientieren sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation WHO:

- Mentale Beeinträchtigung.
- Emotionale Beeinträchtigung (Angst, Sorgen, Trauer, emotionale Labilität etc.).
- Probleme mit der psychischen Energie und des Antriebes (Motivation, Appetit, Sucht etc.).
- Schmerz.
- Beeinträchtigte Mobilität.
- Probleme bei der Körperpflege.
- Funktionsstörungen der Haut (Rissbildung, Geschwüre, Dekubitus, Atrophie etc.).
- Probleme bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (eingeschränkte Beissfunktionen, Aufstossen, Erbrechen, Dysphagie, Speichelüber- oder -unterproduktion, Mundtrockenheit etc.).
- Probleme mit der Aufrechterhaltung des Körpergewichts (Adipositas, Untergewicht etc.).
- Beeinträchtigung der Defäkationsfunktion (Verstopfung, Durchfall etc.).
- Beeinträchtigung der Miktionsfunktion (Urin, Blase).
- Beeinträchtigung der interpersonellen Interaktion und Beziehungen (mit Familie, Angehörigen, Fremden).
- Kommunikationshindernisse.
- Beeinträchtigung beim Lernen und bei der Wissensanwendung.

Diese Pflegeindikatoren sollen auf Antrag von SBK und SVPL Teil der SwissDRG-Klassifikation werden. Das Bundesamt für Statistik wird nun prüfen, ob ein zusätzliches Kapitel für die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) in das DRG-Kodierungssystem eingebaut wird. *UL*

Fachbereichs Pflege und Entwicklung im Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen, in ihrem Referat offen. «Viele Wege führen zu Qualität, aber zu welcher?» fragte sie. Qualität sei heute «ein Megatrend und sexy». Das Problem sei jedoch, dass es in der föderalistischen Schweiz sehr unterschiedliche Vorgaben und Kontrollmechanismen bezüglich Qualität gebe und unklar sei, welche Qualität wie viel kosten dürfe. Bettina Kuster setzt sich deshalb dafür ein, dass die Pflege, respektive ihre Standesorganisation, die Qualität selber definiert. Und sie appelliert an die Pflegenden, die Qualitätssicherung als integralen Bestandteil in ihre Arbeit zu integrieren.

## Berner Bildungsmodell

Da die Aus- und Weiterbildung nicht den einzelnen DRG zugeordnet werden kann, gab und gibt es Befürchtungen, im neuen System würden noch weniger dringend benötigte Pflegefachpersonen ausgebildet. Der Kanton Bern tritt solchen Befürchtungen entgegen und hat ein System entwickelt, mit dem die Betriebe verpflichtet werden, auch im nichtuniversitären Bereich genügend Fachpersonal auszubilden. Wie Danny Heilbronn, Leiter Berufsbildung der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, ausführte, zwingt das seit Anfang 2012 rechtsgültige «Berner Modell» alle Betriebe, ihr Ausbildungspotenzial auszuschöpfen. Spitäler, Kliniken, Heime, Spitex-Organisationen sowie private Praxen, Labors und Institute müssen nach dem Grundsatz handeln: «Wir bilden aus, wen wir brauchen.»

Auf der Basis des Ausbildungspotenzials jedes einzelnen Betriebes verfügt der Kanton die Aus- und Weiterbildungsleistung, die jeder Betrieb erbringen muss. Wer selber zu wenig ausbilden kann oder will, kann mit anderen Betrieben einen Ausbildungsverbund bilden oder Ausgleichszahlungen leisten. Wer seinen Verpflichtungen nicht nachkommt, wird sanktioniert und muss Zahlungen erbringen, die dem Dreifachen der Differenz zwischen ursprünglich berechneter und tatsächlich zustehender Abgeltung entsprechen. Die GesundheitsdirektorInnen-Konferenz und der Spitalverband H+ empfehlen den anderen Kantonen, dieses Modell zu übernehmen.

*Urs Lüthi*



Foto: Bilderbox

**Ist der Patient übergewichtig, kann dies zu zusätzlichem Pflegeaufwand führen.**

xität, Zufriedenheit mit der Stelle, Mitarbeitenden-Fluktuation, Aufenthaltsdauer der Patienten, Skill-Grade-Mix sowie Pflegekompetenz. Autonomie und Führungskompetenz von Pflegenden.

Eine zentrale Frage ist zudem, welchen Einfluss DRG auf die Pflegequalität und Patientenresultate haben wird. Ob die Qualität mit DRG schlechter oder besser wird, liess Bettina Kuster, Leiterin des