



SwissDRG und Zusammenhänge zur Pflegequalität

Dr. Carlo Conti
Vizepräsident der GDK / VR-Präsident SwissDRG AG
Referat vom 25.01.2010



Die neue Spitalfinanzierung

- Vollkostenprinzip
- Separate Finanzierung
 - gemeinwirtschaftlichen Leistungen
 - Kostenanteile aus Forschung und universitärer Lehre
- Gleichstellung der öffentlichen und privaten Leistungserbringer > nur noch Listenspitäler und Wegfall Defizitgarantie
- Freie Spitalwahl

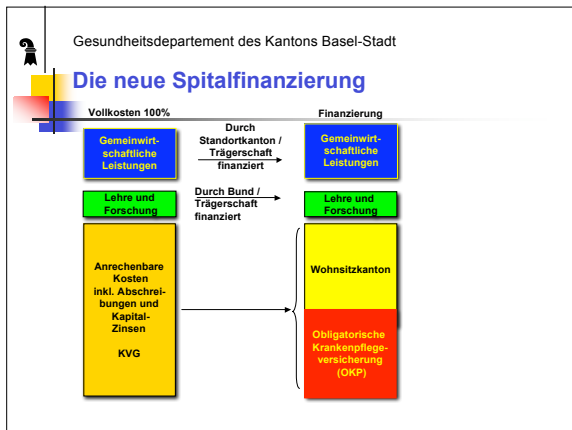


Die neue Spitalfinanzierung

Gleichzeitig:

Festlegung von Pauschalen, die leistungsbezogen sind, auf Vollkostenprinzip basieren und auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen:

- Akut-somatischer Bereich: SwissDRG
- Für die Bereiche Rehabilitation, Psychiatrie und Geriatrie gelten separate Pauschalen, die ebenfalls dem Vollkostenprinzip unterliegen



- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- ### Regelungen im spitalambulanten Bereich
- Spitäler können auch ambulante Leistungen erbringen
 - Spitalambulante Leistungen werden nach Einzelleistungstarif vergütet
 - 2010/2011: Kantonale Kompetenz in der Zulassung von Ärzten neu auch im Spital (ausser Grundversorger)
 - Aktuell in parlamentarischer Diskussion:
 - Gleiche Tarife für spitalambulante Leistungen und freie Praxis

- Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt
- ### Entwicklung der spitalambulanten Leistungen
- Spitalambulanter Bereich mit den höchsten Wachstumsraten:
- Verschiebung stationär → ambulant
 - Medizinischer Fortschritt, sinnvolle Arbeitsteilung
 - Notfalldienst mit grosser Nachfrage
 - Künftig: Auslagerungsversuche aus DRG's ?



DRG's: Herausforderungen aus gesundheitspolitischer Sicht

- Verringerung der Aufenthaltsdauer?
- „Einmüttung“ der medizinischen Leistungen?
- Erhöhte Risikoselektion durch die Krankenversicherer (wenn keine Anpassung des Risikoausgleichs)?
- Erhöhte Risikoselektion durch die Spitäler (z.B. durch Abschieben auf Zentrumsspital)?
- Vermehrte Rehospitalisationen wegen schlechter Behandlungsqualität oder zu frühen Entlassungen?



DRG's: Herausforderungen aus versorgungspolitischer Sicht

- Auslagerungen in vor- und nachstationären Bereich (Engpässe im Reha- und Pflegebereich)?
- Konzentration auf lukrative Fachgebiete; Mengenausweitungen, insbes. bei elektiver Chirurgie?
- Konzentration auf lukrative Fälle (geringer Schweregrad)?
- Ungenügende Abgeltung der hochspezialisierten medizinischen Leistungen?



DRG's: Herausforderungen aus finanzpolitischer Sicht

- Künstliche Erhöhung der Fallzahl (durch gewollte und ungewollte Wiedereintritte, sog. „Drehtüreffekt“)
- Künstliche Erhöhung des Schweregrades („Upcoding“)
- Mehrkosten durch Auslagerungen in vor- und nachstationären Bereich



Was ist eine DRG

- DRG's teilen Patienten in medizinische und ökonomisch homogene Fallgruppen ein
- Klassifikationsmerkmale: Alter, Geschlecht, Haupt- / Nebendiagnosen, Behandlungen, Pflegeaufwand etc.
- Zuweisung zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper)
- Jeder Fallgruppe wird ein Kostengewicht zugeordnet, das den durchschn. Behandlungsaufwand beschreibt
- Baserate: Basispreis, der für einen Behandlungsfall bezahlt wird (Preis = Basispreis x Kostengewicht)



Was ist eine DRG

- Casemix-Index: durchschnittlicher Schweregrad aller Behandlungsfälle
- In einer DRG wird ein Durchschnittsprozess abgebildet (Standardbenchmark)
 - Anteil der Pflege in einer DRG: basiert auf IST-Zustand in den Referenzspitälern



Abbildung der Pflege in SwissDRG

- Schweregrad der Pflege wird beim Kostengewicht berücksichtigt
- Regelung bei Wiedereintritten: innerhalb von 18 Tagen wegen der gleichen oder ähnlichen Diagnose gibt es keine zusätzliche Entschädigung
- Frührehabilitative Massnahmen sind im Rahmen der Akutbehandlungen in die DRG einbezogen



Qualitätsaspekte unter SwissDRG

- Qualitätswettbewerb wird unter DRG verstärkt
- Patienten werden die Qualität eines Spitals an der Qualität der Pflegeleistungen messen (subjektives Empfinden)
- Es wird ein Qualitätscontrolling eingeführt



Gesundheitsberufe

Obsan-Studie 2009 (Auftrag GDK):

- Bis in zehn Jahren müssen mindestens 60'000 Pensionierte ersetzt und 25'000 Fachkräfte zusätzlich eingestellt sein.
- Nachwuchsbedarf für Pflege und Betreuung (Gemäss SMECO-Studie 2008):
 - 250 – 300 neue FAGE-Lernende pro Jahr
 - 160 neue Studierende HF-Pflege pro Jahr
