



Kind & Spital

## **Positionspapier zur Einführung der SwissDRG**

Auswirkungen auf die Betreuung von Kindern und  
Jugendlichen im Spital

August 2010

## **1. Vorwort**

Mit grosser Sorge beobachten wir die geplanten Veränderungen in der Spitalfinanzierung im Zusammenhang mit der Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG. In den vergangenen 30 Jahren sind in der Schweiz grosse Fortschritte in einer kindergerechten, familienzentrierten und ganzheitlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Spital erreicht worden. Das betrifft vor allem die Anerkennung der Rolle der Familie, die Anwesenheit und den Einbezug der Eltern, die Schmerztherapie und die Achtung der Kinderrechte im Gesundheitswesen.

Spitalvorbereitung, traumavermeidende Begleitung und Ablenkung der Kinder, Familienorientierte Pflege, Bezugspflege und viele andere Konzepte und Qualitätsinitiativen erleichtern Kindern und deren Familien den Spitalaufenthalt und tragen zu einem optimalen Heilungsverlauf bei. Die personalintensive Pflege von Kindern im Spital ist nicht nur einfach ein Kostenfaktor. Pflegeleistungen wie z.B. Bezugspflege, Familienzentrierte Pflege, Beratung, partnerschaftliche Pflegeplanung mit der Familie und Patientenedukation beeinflussen nicht nur das kurzfristige, sondern auch das langfristige Behandlungsergebnis wesentlich mit. Diese Leistungen müssen weiterhin erbracht werden können und sogar noch ausgebaut werden.

Die Einführung des Fallpauschalensystems SwissDRG, wie jetzt geplant, gefährdet zentrale Errungenschaften einer ganzheitlichen Pflege und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Spital massiv.

## **2. Einleitung**

Im Dezember 2007 hat das Eidgenössische Parlament die Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung beschlossen. Ab dem 1. Januar 2012 werden die Leistungen aller Spitäler der Schweiz mit einem national einheitlichen Modell, dem Fallpauschalensystem SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) abgegolten.

## **3. Was sind SwissDRG?**

Mit den Fallpauschalen SwissDRG werden neu alle Behandlungskosten im Spital vergütet. Jeder Spitalaufenthalt wird anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnose, Behandlung und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal abgegolten, womit nicht mehr die Vollkosten eines Spitalaufenthalts gedeckt sind. Die Kantone übernehmen dabei mindestens 55 % der Kosten und die Versicherer maximal 45% der Kosten.

Die SwissDRG setzen sich zusammen aus dem Kostengewicht (Cost Weight), das mit einem Basispreis (Base Rate) multipliziert wird. Das Kostengewicht soll die Schwere eines Falls und die daraus resultierenden durchschnittlichen Behandlungskosten widerspiegeln. Als Ergebnis entsteht die Fallpauschale, mit der die jeweilige Behandlungsgruppe vergütet wird. Die Fallpauschale wird nur im vollen Umfang vergütet, wenn der Patient eine für jede Fallgruppe definierte minimale Anzahl von Tagen behandelt und eine maximale Dauer des Spitalaufenthalts nicht überschritten wurde. Untere oder obere „Ausreisser“ aus dieser definierten Anzahl von Behandlungstagen werden mit Abzügen oder Zuschlägen vergütet.

Der Basispreis wird von den Tarifpartnern (Kassen, Spitäler, Kliniken oder deren Verbände) ausgehandelt und vom jeweiligen Kanton genehmigt.

Zuständig für die Entwicklung und Pflege des Fallpauschalensystems SwissDRG ist die SwissDRG AG. Die gemeinnützige Aktiengesellschaft ist eine gemeinsame Institution der Leistungserbringer, Versicherer und der Kantone.

### **Warum werden die Fallpauschalen eingeführt?**

Die Politik verspricht sich von der Einführung der Fallpauschalen mehr Transparenz und damit eine Steigerung der Qualität, mehr Wettbewerb, mehr Effizienz und in der Folge tiefere Spitalkosten.

Quelle der folgenden Informationen:

SwissDRG AG (2010) Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Basisinformationen für Gesundheitsfachleute, Bern: Swiss DRG AG.  
[www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)

- Mit einheitlichen Fallpauschalen sollen die Kosten für die erbrachten Leistungen in den einzelnen Spitälern vergleichbar und transparent werden.
- Im Fallpauschalensystem werden nicht mehr die Spitalkosten, sondern tatsächlich erbrachte Spitalleistungen durch Kantone und Krankenversicherer gemeinsam bezahlt.
- Fallpauschalen sollen den Spitälern helfen, vorhandene Sparpotenziale zu nutzen und Arbeitsabläufe zu optimieren.
- Durch die Förderung der Prozessorientierung\* innerhalb des Spitals und zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern soll die Zusammenarbeit zwischen Fachdisziplinen und Institutionen gestärkt werden.
- Die Patientinnen und Patienten profitieren langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

\*Im Zusammenhang mit der Einführung der SwissDRG ist immer wieder von Prozessorientierung und Prozessoptimierung die Rede. Wir verstehen darunter die Optimierung von Arbeits- und Behandlungsabläufen, die unseres Erachtens zwingend eine Fokussierung auch auf Patientenpräferenzen (=Wünsche und Bedürfnisse der Patienten) im Sinne einer patientenorientierten Behandlung beinhaltet.

### **Generelle Risiken der Einführung der SwissDRG:**

- Wichtige Berufs- und Personalverbände im Gesundheitswesen befürchten eine Verschlechterung der Versorgungssicherheit durch Sparmassnahmen der Spitäler mit Einführung der SwissDRG. Mit der angestrebten Transparenz zwischen den Spitälern, werden sich in Zukunft alle Spitäler am kostengünstigsten Spital orientieren müssen, unabhängig von nicht beeinflussbaren Rahmenbedingungen (z.B. Leistungsauftrag, Lebenshaltungskosten und Lohnniveau). Eine Verschlechterung der Qualität der Arbeitsbedingungen durch Lohnreduktionen, Entlassungen und eine generell höhere Arbeitsbelastung sind die Folge.

- Es besteht die Gefahr, dass medizinische Behandlungen zunehmend fraktioniert werden. Parallel bestehende Probleme werden nicht mehr im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung während eines Spitalaufenthalts behandelt. Patienten könnten vermehrt nach einem Eingriff entlassen werden, um sie für ein zusätzliches Problem erneut einzuweisen und mit einer neuen SwissDRG abrechnen zu können.
- Die Festsetzung einer DRG basiert vor allem auf dem medizinischen Diagnosecode ICD-10. Dieser Diagnosecode widerspiegelt jedoch den tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand nur unzureichend. Die zu geringe Fallschwere einer DRG auf der Grundlage der medizinischen Diagnose bei einem gleichzeitig sehr hohen Pflegebedarf führt zu Unterfinanzierung tatsächlich erbrachter Leistungen.
- Das erhoffte Sparpotential der Fallpauschalen liegt unter anderem in der Senkung der Aufenthaltsdauer in den Spitälern. Ziel ist es, Patienten schneller, auch in komplexen Situationen, nach Hause zu entlassen. Auf diese Weise profitiert das Spital am meisten von der Fallpauschale. Patienten, die aus medizinischer Sicht entlassen werden können, sind auf eine gut funktionierende pflegerische und ärztliche Nachbetreuung zu Hause oder im Pflegeheim angewiesen. Das bedeutet, dass bestehende pflegerische und therapeutische Angebote erheblich und dringend ausgebaut werden müssen, um der zu erwartenden Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor gerecht werden zu können.
- Wenn die Finanzierung der pflegerischen Nachsorge im ambulanten Bereich oder im Pflegeheim nicht sichergestellt ist, wird dies unweigerlich zu vermehrten Wiedereintritten führen. Die Einführung der SwissDRG mit dem alleinigen Fokus auf die akute stationäre Versorgung wird also nicht zu einer generellen Kostenoptimierung führen, sondern eine Verlagerung der Kosten in den ambulanten Sektor zur Folge haben.
- Die Arbeitssituation von Pflegenden und Ärzten wird sich durch die weitere Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in den Spitälern durch die daraus resultierende Arbeitsverdichtung verschärfen.

#### **4. Auswirkungen der SwissDRG auf die Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Spital**

Keine Studie und wenige Dokumente beziehen sich auf die Auswirkungen, die die Einführung der Fallpauschalen auf die Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen haben wird, sowohl in Deutschland, wie auch in der bisherigen DRG-Diskussion in der Schweiz.

Wie die Erfahrungen in Deutschland zeigen, sind die Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche behandeln, überdurchschnittlich stark von den Veränderungen und Problemen im Zusammenhang mit der Einführung der DRG betroffen: Die meisten Kinderkliniken mussten ihre Selbständigkeit aufgeben und wurden in Erwachsenenspitäler integriert, da die Abgeltung mit Fallpauschalen den höheren Betreuungsaufwand von Kindern und deren Familien nicht deckt. Diese Spitäler verzeichneten bis zu 25% weniger Ertrag.

Die Personalkosten sind in Kinderspitälern 20-30% höher als in Erwachsenenspitälern. Der Grund dafür ist die intensivere Betreuung, die Kinder und deren Familien brauchen, damit eine Traumatisierung des Kindes vermieden wird und den Kinderrechten gemäss UN Kinderrechtskonvention auch im Spital Genüge getan werden kann. Stationär betreut werden vor allem Kinder unter 3 Jahren und chronisch kranke Kinder und deren Familien, deren Betreuung besonders personalintensiv ist.

Kinder und Jugendliche brauchen eine gezielte und altersgerechte Vorbereitung auf einen Spitalaufenthalt, geplante Untersuchungen oder Eingriffe. Die Information und Vorbereitung erfolgt vor allem bei kleinen Kindern in der Regel über die Eltern, die ihrerseits wieder bei dieser Aufgabe unterstützt werden müssen. Diese Vorbereitung von Kind und Familie braucht Zeit und Fachpersonal, das sich gezielt der Vorbereitung, Begleitung und einer anschliessenden Nachbetreuung der Kinder nach Eingriffen widmen kann.

Die Familie ist in der Regel durch einen Spitalaufenthalt ihres Kindes stark belastet und benötigt Unterstützung in Form von Beratungsgesprächen, Schulungs- und Entlastungsangeboten. Auch hiermit lassen sich der höhere Personalbedarf beim Pflegepersonal und höhere Personalkosten durch die Beschäftigung von Spitalpädagoginnen für die spielerische Beschäftigung, Vorbereitung und Ablenkung sowie für den Unterricht im Spital erklären. Hinzu kommen Fachpersonen wie Familientherapeuten und Psychologen, die Familien in kritischen Situationen begleiten können.

Vor allem bei kleinen Kindern müssen Routineuntersuchungen viel öfter als bei Erwachsenen in Narkose durchgeführt werden, um die Untersuchung überhaupt erst möglich zu machen oder um das Kind vor einer Traumatisierung durch den Eingriff zu schützen. Die Mehrkosten einer Narkose werden aber durch die Fallpauschalen nicht gedeckt, da vor allem die Kosten der Gerätenutzung berechnet sind.

Personalintensiver ist die Betreuung von Kindern im Spital auch deshalb, weil die Verweildauer von Kindern im Spital bereits heute so kurz wie nur möglich ist. Diese Praxis steht im Einklang mit den Forderungen der EACH-Charta für Kinder im Spital, die verlangt, dass Kinder nach Hause entlassen werden sollten, sobald ihr Gesundheitszustand dies zulässt. In der vertrauten Umgebung des eigenen Zuhauses werden Kinder schneller gesund.

Diese kurze Verweildauer, die im Sinne einer familienzentrierten und kindergerechten Betreuung angestrebt wird, wird allerdings durch die definierte Mindestaufenthaltsdauer (bei SwissDRG minimal 2 Tage exklusive Austrittstag) finanziell mit einem Abzug von der Fallpauschale bestraft. Das würde ca. 47% aller Behandlungsfälle der Kinderkliniken betreffen.

Die Kosten der Erwachsenenmedizin lassen sich daher nicht einfach auf die Kindermedizin übertragen und die erbrachten und dringend nötigen Leistungen schon gar nicht mit den gleichen Fallpauschalen abgelten. Ist die Pflege schon für die Betreuung von Erwachsenen in den Fallpauschalen unzureichend abgebildet, so ist dies bei der Betreuung von Kindern und Familien umso mehr der Fall. Die Kindermedizin darf nicht als kleine Gruppe mit besonderen Rahmenbedingungen im Fallpauschalensystem untergehen und zu permanenten Defiziten verurteilt werden. Die Folgen davon wären Personalabbau vor allem im Bereich der Pflege und der Spitalpädagogik sowie eine Verschlechterung der Betreuungsqualität im Sinne einer ganzheitlichen, kindergerechten und familienzentrierten Behandlung im Spital.

## 5. Forderungen für eine faire Finanzierung der Kindermedizin

Um eine Unterfinanzierung der Kindermedizin mit den oben beschriebenen Folgeproblemen zu verhindern, setzen wir uns für die folgenden Massnahmen ein:

- 1) Die Kindermedizin darf nicht mit den gleichen Fallpauschalen finanziert werden müssen wie die Erwachsenenmedizin:
  - ✓ Die SwissDRG AG muss die von den Netzwerkspitälern zu Verfügung gestellten Daten dahingehend auswerten, dass die Unterschiede im leistungsbereinigten Kostenniveau bei der Behandlung von Kindern und von Erwachsenen sichtbar werden.
  - ✓ Vor allem die eigenständigen Kinderspitäler müssen einen höheren Basispreis (Base Rate) für die Berechnung der Fallpauschale zugesprochen bekommen, da sie das zu erwartende Defizit nicht aus Überschüssen aus der Erwachsenenmedizin querfinanzieren können und auch kaum höhere Erträge durch zusatzversicherte Patienten erzielen werden.
  - ✓ Zusatzentgelte sollten die Behandlung von mehreren gesundheitlichen Problemen während des gleichen Spitalaufenthalts finanzieren.
  - ✓ Ein Pflegekomplexmassnahmen-Score wird zur Kodierung von überdurchschnittlichem Pflegeaufwand verwendet (analog dem neuen OPS 9-20 „hochaufwendige Pflege von Patienten“ in Deutschland).
  - ✓ In der Kindermedizin darf es keine minimale Aufenthaltsdauer geben, die beim Unterschreiten zu Abzügen von der Fallpauschale führt.
  - ✓ Die SwissDRG AG setzt eine Begleitgruppe Kindermedizin ein.
- 2) Indikatoren und Codes für die Pflegeleistung oder den Pflegebedarf müssen weiter entwickelt werden und in den Gruppierungsalgorithmus des SwissDRG Systems integriert werden. Nur so können Pflegeaufwand und Pflegebedarf ausreichend im SwissDRG-System abgebildet werden.
- 3) Eine Begleitforschung mit dem Fokus auf Auswirkungen der Einführung der SwissDRG auf die Kindermedizin im Hinblick auf Organisationen, Patienten, Berufsleute und Behandlungsqualität startet spätestens mit dem Zeitpunkt der Einführung am 1. Januar 2012.