

Research Project

Swiss DRG Ressourcenallokation

Third-party funded project

Project title Swiss DRG Ressourcenallokation

Principal Investigator(s) [Leu, Agnes](#) ;

Organisation / Research unit

Ethik / Institut für Bio- und Medizinethik

Department

Project start 01.03.2013

Probable end 31.03.2014

Status Completed

Rechtliche und medizin-ethische Fragen in Zusammenhang mit der Einführung von Fallpauschalen in der Schweiz wurden bis anhin nur in begrenztem Umfang untersucht und rechtliche Analysen dazu fehlen nahezu gänzlich (Pitschas R). Die ersten Ergebnisse aus den qualitativen Interviews mit den Spitaldirektoren und Experten in der Schweiz zeigen auf, dass eine schnellere Verschiebung von stationären zu ambulanten Behandlungen stattfindet und dass die neuen gesetzlichen Instrumente wie bspw. die Akut- und Übergangspflege (AüP), die der Gesetzgeber mit dem Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung am 1. Januar 2011 in Art. 25a Abs. 2 KVG explizit zur Abfederung allfälliger nachteiliger Konsequenzen rascherer Spitalentlassungen eingeführt hat, den befragten Experten wenig bekannt sind und demnach in der Praxis nicht umgesetzt werden (können). Davon betroffen sind sämtliche ambulanten Nachversorger bzw. die ganze ambulante Versorgungskette (Rehabilitationskliniken, Hausärzte, Spitex, Heime). Es zeigt sich zudem aufgrund struktureller Mängel der SwissDRG-Tarifstruktur, dass spezielle Patientengruppen (Alte, Demente, chronisch-krank, multimorbide) im System ungenügend abgebildet sind und entsprechend zu tief entschädigt werden, was den Druck auf die Spitäler, die Patienten aus Kostengründen rascher zu entlassen, erhöht. Auch wird von den Spitalverantwortlichen festgestellt, dass die Krankenversicherungen den Übertritt in die Rehabilitationskliniken verzögern, um die Liegetage im Akutspital auszuschöpfen. Erfahrungen und Studien aus den USA, wo die Fallpauschalen in den frühen 80-iger Jahren eingeführt wurden, bestätigen, dass mit der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich vermehrt Behandlungen ambulant vorgenommen werden (Foster RW; Glynn KP; Goldberg SC, Estes CL). Der Grund für diese Entwicklung liegt darin, dass die Analyse der DRGs dazu führt – und auch in der Schweiz dazu führen wird – jene DRGs mit niedrigen Kostengewichten und kurzer Liegedauer aus Kostengründen in den ambulanten Behandlungsbereich zu verschieben. Verschiebungen dieser Art sind sinnvoll, soweit die Patienten ihren Bedürfnissen gerecht und adäquat behandelt werden. Wenn die Spitäler aber Patienten aus Kostengründen schneller in den ambulanten Bereich verlegen und damit riskieren, dass die Qualität der Behandlung sich verschlechtert (vermehrt eingriffsbedingte Zwischenfälle wie Blutungen und Infektionen), ist eine Verschiebung problematisch, weil durch die veränderte Patientenbetreuung die Fallzahlen im stationären Bereich wieder steigen. Daneben besteht die Gefahr, dass gewisse Patientengruppen diskriminiert und ihnen Leistungen vorenthalten werden (Tobbe B). Verstärkt zeigt sich diese Problematik der Verlagerung von stationär zu ambulant bei der Versorgung chronisch kranker Patienten bzw. grundsätzlich der vulnerablen Patientengruppen: Hier kommt die sog. „Drehtürmedizin“ zur Anwendung, weil der chronisch kranke oder multimorbide Patient nach der Entlassung aus dem stationären Sektor in die langfristige Nachsorge des Hausarztes übertritt, welcher nach dem Auftreten von Komplikationen den chronisch kranken Patienten erneut stationär einweist usw. Soweit der betreuende Hausarzt oder die spitalexternen Dienste (Spitex, Reha-Institutionen, Pflegeheime) die ambulante Be-

handlung nicht mit dem Spitalspezialisten abstimmen können, führt dies zu Qualitätseinbussen und im Endergebnis zu höheren Kosten. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, braucht es neue Ansätze in der Schweiz. In der Schweiz existiert heute ein neues Grundrechtsverständnis dahingehend, dass es unter anderem Aufgabe des Staates ist, seine Bürger zu schützen. Wie aber kann der Staat diesen Schutz bspw. der vulnerablen Patientengruppen sicherstellen? Welche Möglichkeiten stehen ihm offen, um den genannten Personengruppen den Zugang zu einer qualitativ angemessenen Gesundheitsversorgung zu gewährleisten? Welche Pflichten obliegen ihm? Diese Fragen sollen im Rahmen meiner Habilitation evaluiert und beantwortet werden unter Berücksichtigung von nationalen und internationalen Rechtsnormen (Recht auf Gesundheit in Art. 12 UNO-Pakt I, EMRK, Biomedizinkonvention, Europäische Sozialcharta, Bundesverfassung, Krankenversicherungsgesetz usw.

Keywords Gerechte Ressourcenallokation, Swiss DRG

Financed by

University of Basel

Add publication

Add documents

Specify cooperation partners