

# DRG und Langzeitpflege Chancen und Risiken

---

Jahresveranstaltung  
Gesundheitsnetz 2025

25. Oktober 2012

---



**Stadt Zürich**

Geriatrischer Dienst der Stadt Zürich

# Ziel der DRG:

## Ziel der DRG

Hospitalisationsdauer verkürzen und einen Teil der Behandlungszeit aus den Spitälern in die Heime und zur Spitex zu verschieben.

- Qualitätseinbussen? Begleitforschung
- Auswirkungen auf die Langzeitinstitutionen nicht in Begleitforschung?

# Curaviva Bericht 2011: „Auswirkungen der Einführung von DRG auf die Pflegeheime; Massnahmen und Forderungen“

von Richard Widmer, der in Zusammenarbeit mit der SGG und der schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie, v.a. durch Expertenbefragungen entstand:

- Patienten kommen zu früh, werden in den Akutspitälern ungenügend abgeklärt
- Die Finanzierung für Akut- und Übergangspflege ist ungenügend
- Personalmangel insbesondere der Fachkräfte
- Pflegeheime werden zum „Spital light“
- Bessere Zusammenarbeit mit den Spitälern ist nötig

# Hypothese meiner Masterarbeit:

Durch eine Verkürzung der Hospitalisationsdauer unter DRG treten mehr ältere Patienten in der Stadt Zürich ins Pflegezentrum über.

Ihre medizinisch-pflegerischen Probleme sind komplex, teilweise ist ihr Zustand instabil und sie sind sozial und geriatrisch schlecht abgeklärt.

Sie haben noch einen Rehabilitationsbedarf.

Die Patienten profitieren vom geriatrischen Assessment und der Slow Stream Rehabilitation im Pflegezentrum und gehen noch häufiger wieder nach Hause. Der lineare Trend mit zunehmenden Lebendaustritten setzt sich fort und wird nur leicht akzentuiert.

Der Anteil Langzeitpatienten bleibt gleich.

# Struktur- und Prozessanpassungen in den PZZ im Hinblick auf die DRG

Bettendisposition (80% Eintritte aus Spitälern)

AAÜP: Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege

Personalschlüssel angepasst: Fallmanagerinnen, Arzt, Therapie

48 Std. Regelung mit hauptzuweisenden Spitälern

Kernstück der AAÜP ist das Geriatriische Assessment

# Veränderungen in den PZZ: Zahlen

Januar-August	2011	2012	Veränderung	
Eintritte	765	956	↑	25%
Austritte nach Hause	35%	47%	↑	
Pflegebedürftigkeit	Verteilung über die 12 Stufen unverändert		↔	
Tarmedleistungen	2.7 Mio	3.2 Mio	↑	15%
Rehospitalisationen innert 18 Tagen	?	36	?	
Nachbetreuung durch SiL (auf ganzes Jahr gerechnet)	23	41	↑	80%

# Chancen (1/2)

- 
- + grosses Interesse für die Zusammenarbeit und die Vernetzung der verschiedenen Angebote auf dem Platz Zürich (Spitälern, private Pflegeanbietern, Spitex)
- 
- + Image
    - von der Endstation zur Reha-Klinik
    - Schreckgespenst des Pflegeheims relativiert sich, Öffnung
- 
- + interdisziplinäre geriatrische Beurteilung
    - Systematischere und gezieltere Abklärung durch alle Disziplinen und wenn möglich Entlassung

# Chancen (2/2)

- 
- + Slow-stream-Rehabilitation (deutlich mehr als Übergangspflege) in einer auf alte Menschen angepassten Umgebung
- 
- + Vorbereitung auf den Austritt nach Hause
    - Für soziale Abklärungen bleibt im Vergleich mit dem Spital mehr Zeit
    - Es können Domizilabklärungen gemacht werden
    - Patienten haben die Möglichkeit eines Probewohnens



# Risiken (1/2)

- 
- Kost und Logis auf Kosten der Patienten (und Gemeinde statt KK und Kanton)
- 
- Druck der Spitäler auch andere Patienten zu übernehmen (offene Tuberkulose; jüngerer obdachloser Alkoholiker; jüngere Patientin mit Knöchelbruch, Kostengutsprache für die Reha-Klinik abgelaufen; psychiatrische Patienten mit Fremdgefährdung...)
- 
- Zunahme von Anmeldung jüngerer Patienten, die nicht in ein Pflegezentrum gehören
- 
- Entwicklung zum Minispital, ohne entsprechende personelle Dotation
- 
- Zunehmend technischere Ansprüche, V.A.C., s.c. Perfusor, Peritonealdialyse usw.

## Risiken (2/2)

- 
- Zunehmend komplexere Patientensituationen mit kurzfristiger Übertrittsverschiebung und damit verbunden auch eine höhere Zahl von Rückverlegungen
- 
- Standortwünsche von Patienten und Angehörigen können im ersten Schritt (AAÜP) nicht immer berücksichtigt werden
- 
- mehr interne Verlegungen