

Nahtlose Übergangspflege: Von der institutionellen Betreuung bis nach Hause

Fallkostenpauschale SwissDRG; Krankenhaus; Langzeitpflege; Pflegeheim; Übergangspflege

Die Einführung der SwissDRG in 2012 zeigt beträchtliche Auswirkungen auf den Langzeitpflegebereich, da sich durch die kürzeren Aufenthaltsdauern im Spital die Nachversorgung auf diesen Bereich verlagert. Zu diesem Zweck haben die Pflegezentren der Stadt Zürich drei Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege eingerichtet. In 2012 stiegen der Eintritt aus den Spitälern aber auch die Austritte nach Hause weiterhin an. Der Anteil der in der Langzeitpflege verbleibenden Personen blieb konstant. Auch der Trend der Zunahme der klinischen Komplexität und höheren Pflegebedürftigkeit bei Eintritt setzte sich deutlich fort. Als wesentlich für eine reibungslose Übernahme der Patienten und Patientinnen innerhalb 48 Std. erwiesen sich klare Abmarchen sowie das Optimieren der Prozesse und Schnittstellen zwischen den Akteuren.

I. Ausgangslage

Per 1. Januar 2012 stellte die Schweiz das Spitalfinanzierungssystem von Tagespauschalen auf Fallkostenpauschalen, die SwissDRGs, um. Alle Länder, die DRGs eingeführt haben, beobachten eine Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer sowie die Verlagerung der weiteren Behandlung und der Nachversorgung vom akutstationären Bereich in den ambulanten Bereich (Spitex) bzw. in Langzeitpflegeinstitutionen. Aufgrund dieser Verlagerung veränderten sich der Case Mix und die zu erbringenden Leistungen bei den ambulanten Leistungserbringern und in den Institutionen der Langzeitpflege.

Die Auswirkung der Fallkostenpauschalen auf vulnerable Patientengruppen wie alte und gebrechliche Menschen ist nicht zu unterschätzen. Beobachtet wurden eine zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustands und häufige Wiedereintritte ins Spital innerhalb von drei Monaten (Busato/von Below 2010; WWU Münster 2008). Die bei Hausärzten, Spitex und Mitarbeitenden von Pflegeheimen durchgeführte qualitative Studie „Vulnerable Gruppen und DRG“ von Breuer et al. (Breuer u. a. 2011) weist auf den deutlich höheren Zeitbedarf von vulnerablen Patientinnen und Patienten hin. Dennoch ist die Haltung gegenüber der Einführung der SwissDRG ambivalent. Es wird sowohl auf Risiken als auch Chancen hingewiesen. Die knappen zeitlichen Ressourcen im Spital laufen den Bedürfnissen dieser Patientengruppe zuwider, so dass die Gefahr der Oekonomisierung des Patienten besteht und mit Qualitätseinbussen zu rechnen ist. Der frühere Spitalaustritt stellt neue und vielfältige Herausforderungen an das Personal der Spitex und der Pflegeheime. Zum einen werden Komplikationen oder zu wenig Therapien befürchtet, zum anderen können die gleichen Kriterien als Chance zur Förderung verlorener Ressourcen und zu Erlangung der Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten genutzt werden. (Breuer u. a. 2011).

Von der institutionellen Betreuung bis nach Hause

Die ungenügende Finanzierung der Übergangslösungen wird als erschwerend wahrgenommen, genauso wie der Fakt, dass psychosoziale Leistungen und somit auch die Komplexität der vulnerablen Fälle nicht abgebildet werden können. Durch dieses fehlende Abbilden der sozialmedizinischen Funktionen des Spitals und der patientenzentrierten Versorgung könnten chronisch kranke, multimorbide, geriatrische, behinderte und sterbende Patienten benachteiligt werden. (Nationale Ethikkommission 2008). All diese Auswirkungen der DRG-Einführung weisen darauf hin, dass vom Spital in ein Pflegeheim übertretende Patientinnen und Patienten zunehmend komplexere Krankheitsbilder aufweisen und in einem deutlich instabileren Gesundheitszustand sind. Die post-akute Weiterbehandlung und Betreuung in Langzeitinstitutionen geht einher mit sozialmedizinischen Problemstellungen, deren Lösung an die nachversorgenden Leistungserbringer weitergegeben wird. Die Langzeitinstitutionen sind dadurch mit vielfältigen Herausforderungen, nicht nur technisch-personeller Art, konfrontiert.

Gleichzeitig mit der Einführung von SwissDRG wurde auch die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege neu geregelt. Während 14 Tagen nach Spitalaustritt werden die Kosten für die Akut- und Übergangspflege von den Krankenversicherern (45%) und den Kantonen (55%) übernommen. Die Übergangspflege garantiert die Weiterführung der akuten Behandlung und soll einen vorzeitigen dauerhaften Pflegeheimeintritt vermeiden. Mit ärztlicher Verordnung entfällt in diesem Zeitraum der Selbstbehalt für die Patientinnen und Patienten. Ist Übergangspflege für einen längeren Zeitraum erforderlich, wird sie wie die regulären Pflegestufen im Pflegeheim finanziert. Dann fällt auch der Selbstanteil der Patientinnen und Patienten an, der maximal CHF 21.60/Tag beträgt. Übergangspflege stellt den pflegerisch unterstützenden und aktivierenden Part der Rehabilitation besonders bei älteren Menschen mit verzögterer Rekonvaleszenz dar. Sie ist jedoch nicht mit geriatrischer Rehabilitation gleichzusetzen. Inzwischen ist die Übergangspflege ein wesentlicher Bestandteil der Behandlungskette vom Spitäleintritt bis zur Genesung.

Bereits 2011 wurde die Pflegefinanzierung auf Bundesebene neu geregelt (Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung, AS 2009 3517 v. 13. Juni 2008). Diese Regelung betrifft ausschließlich die ambulante Versorgung durch die Spitäler sowie die Versorgung im Langzeitpflegebereich, d.h. in Alters- und Pflegeheimen. Schweizweit gelten neu einheitliche Beiträge der Krankenversicherer. Zusätzlich wurde eine nach oben begrenzte Selbstbeteiligung (CHF 21.60) der Patientinnen und Patienten an den Pflegekosten gemäß Art. 25 Abs. 5 KVG (Bundesgesetz über die Krankenversicherung v. 18. März 1994) eingeführt. Das kantonale Gesetz überträgt die Restkostenfinanzierung der nicht durch Krankenkassenbeiträge und den Selbstbehalt der Patientinnen und Patienten abgedeckten Pflegekosten den Kommunen. Das Gesetz regelt zudem die Finanzierung der nichtpflegerischen Leistungen wie Hotellerie und Betreuung. Bei unzureichendem Einkommen und Vermögen können Zusatzleistungen zur Altersrente beantragt werden. Die Zusatzleistungen werden von der Kommune übernommen.

1. Städtische Gesundheitsversorgung und Auswirkungen der DRG-Einführung

Die Einführung der Fallkostenpauschalen zeigt beträchtliche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem der Stadt Zürich. Obwohl bereits in den Jahren vor der Einführung von SwissDRG ein stetiger Rückgang der Spitalaufenthaltsdauer beobachtet werden konnte, muss die Stadt Zürich

als Betreiberin von zwei Spitälern an einer weiteren Reduktion der Aufenthaltsdauer interessiert sein (Abbildung 1) (Bieri-Brüning 2012, S. 6). Andererseits muss sie bedingt durch die kürzere Aufenthaltsdauer die Weiterbehandlung und Nachversorgung in den nachsorgenden Institutionen sicherstellen. Dies wiederum stellt die städtischen Institutionen der Nachsorge vor Herausforderungen, werden doch die Patientinnen und Patienten früher, in einem teilweise schlechteren Zustand und mit komplexeren Krankheitsbildern vom Spital in die Langzeitinstitutionen verlegt.

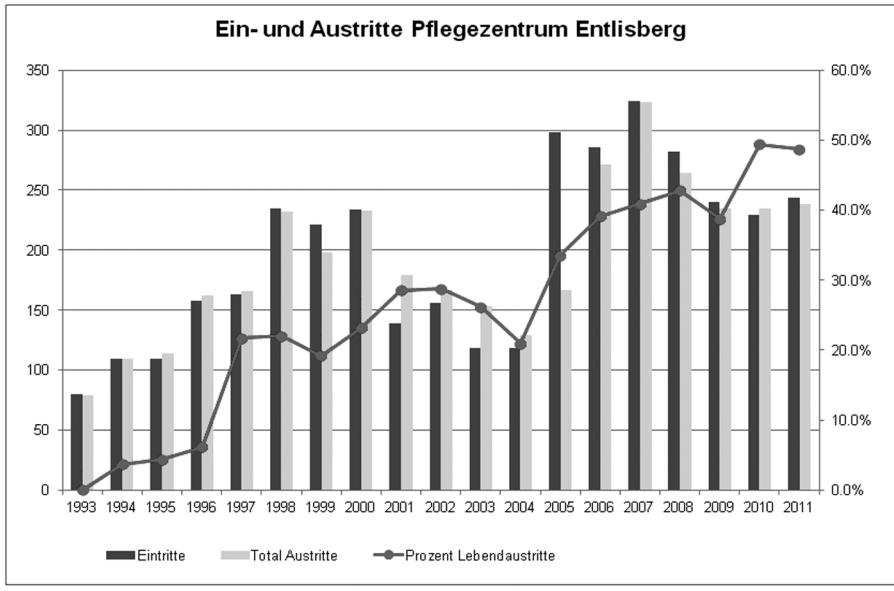


Abbildung 1: Lebendaustritte Pflegezentren Entlisberg seit 1994

Quelle: Bieri-Brüning, 2012.

Die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) betreiben an zehn Standorten im gesamten Stadtgebiet Pflegezentren mit rund 1600 Betten. Sie gehören zum Gesundheits- und Umweltdepartment (GUD) der Stadt Zürich. Die PZZ sind die größte Institution für Langzeitpflege ihrer Art in der Schweiz. Zur ihrem Angebot gehören auch drei Tageszentren, die Gerontologischen Beratungsstelle mit den ambulanten Angeboten Memory-Klinik Entlisberg, Hausbesuche SiL (Sozialmedizinische individuelle Lösungen), sowie das Schulungszentrum für Gesundheit. Die Angebotspalette reicht von den Standardabteilungen für Pflege und Wohnen bis zum flexiblen stundenweisen Aufenthalt. Externe Pflegewohngruppen gehören ebenso dazu wie spezialisierte Pflegeabteilungen. Der Case Mix der PZZ zeigt in den letzten Jahren eine Zunahme von Personen mit dementiellen Erkrankungen oder mit zunehmender Pflegebedürftigkeit. Ebenso verzeichnet man immer komplexere und aufwendigere Fälle.

Die medizinische Versorgung der Bewohner/-innen, Patientinnen und Patienten wird durch ein Heimarztsystem abgedeckt. Etwa 70% der Heimeintritte erfolgen aus einem Akutspital oder einer psychiatrischen Klinik. Die restlichen Heimeintritte (30%) erfolgen von zuhause oder einer an-

deren Pflegeinstitution. Von diesen Zahlen ausgehend rechnete die Stadt Zürich mit direkten Auswirkungen der DRG-Einführung auf die städtischen Leistungserbringer, also mit einer weiteren Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital und einem größeren Turnover in den Pflegezentren.

Bereits 2008 erteilte der Stadtrat den Auftrag zur koordinierten Einführung der SwissDRG innerhalb des Gesundheits- und Umweltdépartements mit dem Ziel, die medizinische Versorgung der Stadtzürcher Bevölkerung, insbesondere der vulnerablen Bevölkerungsgruppen sicherzustellen. Dazu sollten die Übergänge zwischen allen, an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteuren sichergestellt und optimiert werden. Die dem Spital nachgelagerten Leistungserbringer sollten Strukturen schaffen, um die zusätzlich zu erwartenden Patientinnen und Patienten zu versorgen und rasch auf veränderte Bedarfsnachfragen zu reagieren. Der alle Akteure übergreifende Prozess sollte wirtschaftlich sein und eine qualitativ hochstehende Behandlung über die verschiedenen Leistungserbringer der gesamten Behandlungskette ermöglichen. Im Fokus stand das Aufeinanderabstimmen der Schnittstellen zu den nachfolgenden Leistungserbringern. Aus diesem Auftrag gingen drei Projekte hervor: das Übertrittsmanagement, das Angebot stationäre Langzeitpflege und das Angebot Spitex. Das GUD-Projekt „Übertrittsmanagement“ zielte auf mehrere Lösungsansätze ab: die zentrale Bettendisposition der Pflegezentren der Stadt Zürich, die Schaffung von Übertrittsabteilungen bzw. eines -heims sowie die Verbesserung des Aus- und Übertrittsmanagements vom Spital. Ausgehend von diesem Auftrag lancierten die Pflegezentren im Herbst 2011 das Projekt „Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege“ und schufen drei Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege (AAÜP), in die die Patientinnen und Patienten aus den Spitälern übertraten. Außerdem wurde die zentrale Bettendisposition PZZ aufgebaut, die alle Eintritte aus den Spitälern koordiniert.

II. Übergangspflege der Pflegezentren der Stadt Zürich

Per Januar 2012 stellten die Pflegezentren gut 70 Betten für den Betrieb der drei Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege zur Verfügung. Diese befinden sich im Pflegezentrum Entlisberg (Zürich Süd), im Pflegezentrum Käferberg (Zürich Nord) und im Pflegezentrum Riesbach (Zürich Ost). Alle drei Abteilungen bieten ein übereinstimmendes Angebot an und sind identisch organisiert. Im Gegensatz zu allen anderen Abteilungen in den Pflegezentren werden auf den AAÜPs einheitliche Preise für die verschiedenen Zimmerkategorien (1er-, 2er-, 3er-Belegung) verrechnet. Die Übertritte aus den Spitälern erfolgen in der Regel über die Bettendisposition PZZ auf die AAÜP. Um eine möglichst rasche Übernahme von Spitalpatientinnen und -patienten zu gewährleisten, haben diese Vorrang gegenüber den Eintritten von zuhause. Mit den vier größten Spitälern auf dem Platz Zürich (Stadtspital Triemli, Stadtspital Waid, Universitätsspital Zürich, Spital Zollikon) wurde vereinbart, Patientinnen und Patienten, die ihren Wohnsitz in der Stadt Zürich haben, innerhalb von 48 Stunden nach Eingang der vollständigen Anmeldeunterlagen bei der zentralen Bettendisposition zu übernehmen. Ausnahmen sind Patienten mit einem speziellen Pflegebedarf wie z. B. Tracheostoma, Beatmung oder Isolation bei MRSA. Die 48-Stunden Regel der Patientenübernahme wurde nach der Aufbauphase der AAÜP und der zentralen Bettendisposition eingeführt. Übergangsfristen wurden festgelegt: In den ersten drei Monaten (Januar – März)

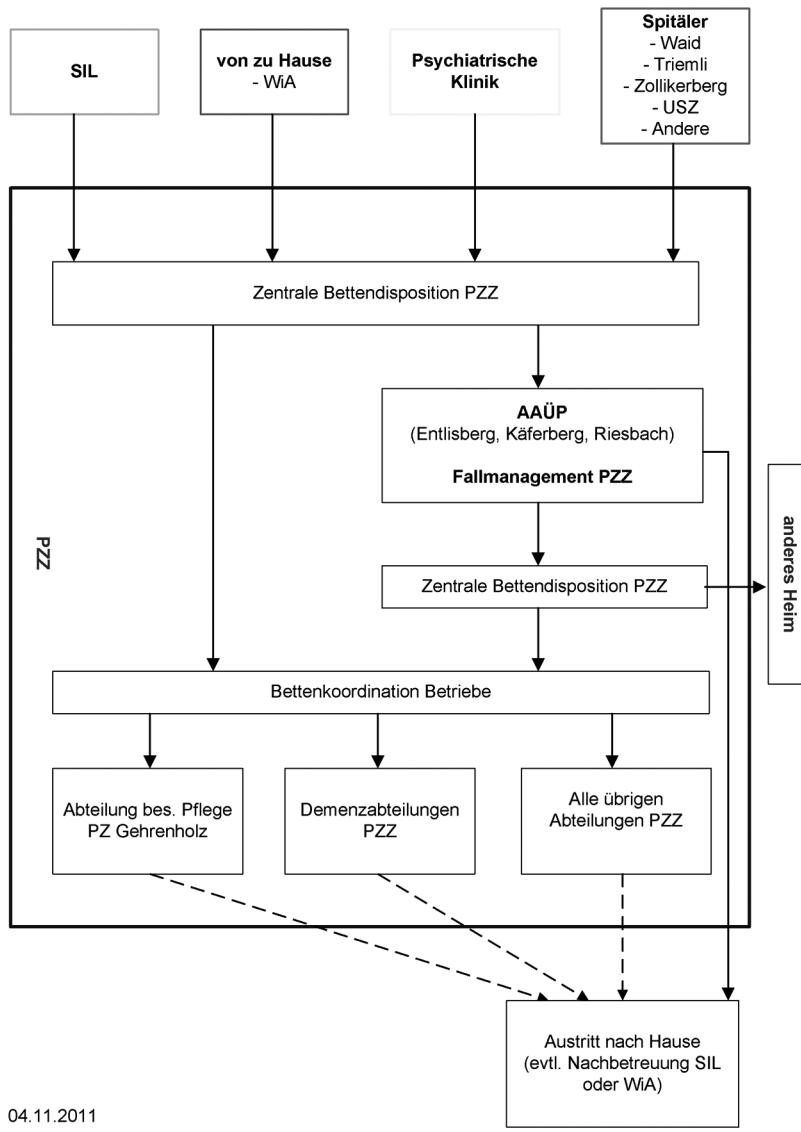
betrug die Aufnahmefrist 96 Stunden, bis August 72 Stunden und ab September 48 Stunden. Die 48-Stunden Regelung gilt nicht für Übertritte aus anderen Spitälern, Rehabilitationseinrichtungen und aus psychiatrischen Kliniken und auch nicht für die Übernahme von Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz außerhalb der Stadt Zürich.

Die Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege wurden stellenmäßig dem spezifischen Case Mix und dem neuen Leistungsspektrum angepasst. Die Stellenpläne Pflege, Therapie, Arzdienst sowie Hauswirtschaft sind höher dotiert. Neu wurden Stellen für Fallmanager/-innen geschaffen, zu deren Aufgaben die Fallführung vom Eintritt bis Austritt sowie die Koordination der interdisziplinären Prozesse gehören. Außerdem führen die Fallmanager/-innen die sozialen und finanziellen Abklärungen der Patientinnen und Patienten durch.

Alle Anmeldungen aus dem Spital erfolgen direkt an die zentrale Bettendisposition der PZZ. Dort werden die Verlegungsunterlagen geprüft – auch auf Vollständigkeit – und ein entsprechendes Angebot wird unterbreitet. Sofern die eintretenden Personen bereits abgeklärt sind, beispielsweise auf Demenz, oder spezielle Pflegeleistungen benötigen, werden sie entsprechenden Abteilungen zugewiesen und treten nicht über eine AAÜP ein (Abbildung 2).

Von der institutionellen Betreuung bis nach Hause

Prozessablauf Patienteneintritte ab 01.01.2012



04.11.2011

Abbildung 2: Prozessablauf Patienteneintritte

Quelle: Bieri-Brüning 2012, S. 17.

In der Regel sind die vom Spital eintretenden Patientinnen und Patienten nicht geriatrisch abgeklärt. Innerhalb der ersten zwei Wochen wird auf der AAÜP interdisziplinär ein ausführliches geriatrisches Assessment durchgeführt mit dem Ziel, das rehabilitative Potential der Patientin oder

des Patienten zu bestimmen. Basierend auf diesem Assessment werden die rehabilitativen Leistungen ausgerichtet, oder ein dem individuellen Bedarf entsprechendes Wohn- und Betreuungsangebot wird gesucht. Kann aufgrund des geriatrischen Assessments mit raschen Fortschritten und einem Austritt innert 8 Wochen gerechnet werden, verbleiben die Patientinnen und Patienten zur Slow Stream Rehabilitation und Austrittsvorbereitung auf der AAÜP. Ist kein Rehabilitationspotenzial vorhanden, besteht aber Aussicht auf einen späteren Austritt nach Hause bzw. ist ein längerer Zeitraum zur Rekonvaleszenz und für die Rehabilitation erforderlich, erfolgt die Verlegung auf eine Langzeitpflegeabteilung. Dort erhalten die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Abteilungen die erforderlichen Therapien, die ebenfalls regelmäßig einer interdisziplinären Verlaufsprüfung unterzogen werden. Diese Vorgehensweise mit einem interdisziplinären Assessment des Rehabilitationspotentials sowie dem Setzen und Überprüfen von (Rehabilitations-)Zielen ist in Rehabilitationseinrichtungen etabliert (Leach 2010 / Wade 2009). Für Langzeitpflegeinstitutionen ist sie jedoch neu.

III. Ergebnisse des ersten Jahrs mit SwissDRG

Aufgrund der erwarteten Auswirkungen der Einführung von SwissDRGs rechneten die Pflegezentren der Stadt Zürich mit einem weiteren Anstieg der Eintritte von den Spitälern, aber auch mit einem Anstieg der Austritte nach Hause. Der Anteil der in der Langzeitpflege verbleibenden Bewohner/-innen wurde dagegen als annähernd unverändert angenommen. Ebenso rechnete man damit, dass sich der Trend von Patientinnen und Patienten, respektive Bewohnerinnen und Bewohner mit komplexeren Krankheitsbildern (Multimorbidität), erheblichen Einschränkungen in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und daraus resultierender höherer Pflegebedürftigkeit sowie einem höheren und spezifischerem Pflegeaufwand weiter ausprägen würde.

Die ersten Auswertungen der Kennzahlen Ende 2012 bestätigten diese Annahmen. Die Verschiebung der Behandlung und Pflege vom akuten in den postakuten und/oder ambulanten Bereich (Spitex, Langzeitpflegeinstitution) hat sich 2012 deutlich akzentuiert. Während 2012 die Eintritte aus einem Spital im Vergleich zu den vorherigen Jahren um ca. 25% zunahmen, blieb der Anteil der Eintritte von anderen Heimen und von zuhause seit 2007 etwa gleich. Gesamthaft liegt der Anteil der Austritte nach Hause auf den Langzeitpflegeabteilungen bei ca. 40% und ist auf den Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege wesentlich höher (50%).

Die Bettenauslastung bzw. die Fluktuation pro Bett liegt auf den Langzeitpflegeabteilungen bei 0.75:1 und auf den AAÜP bei 12:1. Bei Patientinnen und Patienten der Übergangspflege und Slow Stream Rehabilitation beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 33 Tage. Der Gesetzgeber befristet die Akut-Übergangspflege auf 14 Tage. Die Praxis zeigte jedoch, dass nur 11% der Patientinnen und Patienten, für die aus Sicht des Spitals die Akut-Übergangspflege ausreichend ist, innerhalb dieser Zeitspanne wieder nach Hause gehen können.

Seit 2008 wird das Pflegebedarfserhebungsinstrument RAI-NH (Resident Assessment Instrument Nursing Homes) in allen Betrieben der PZZ eingesetzt. Alle Bewohner/-innen und Patient/-innen werden zweimal jährlich mittels eines Minimal Data Sets (MDS) beurteilt. Verschiedene Kriterien sowie unterschiedliche Pflegeaufwandgruppen können anhand der MDS ermittelt werden, z. B. der ADL-Index.

Von der institutionellen Betreuung bis nach Hause

Die Pflegebedürftigkeit bei Heimeintritt und während des Aufenthalts ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen (Abbildung 3). Als Richtwert wird hierfür der ADL-Index der RAI-Einschätzung herangezogen. Der ADL-Index liegt zwischen 1 und 18 Punkten, wobei eine hohe Punktzahl auf eine größere Pflegebedürftigkeit hinweist. Patientinnen und Patienten, die zur Slow Stream Rehabilitation auf die AAÜP eintreten, haben einen deutlich niedrigeren ADL-Index als diejenigen, die als Langzeitpatienten eintreten. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationspotential eindeutig weniger in den ADLs eingeschränkt sind als die Personen, die Langzeitpflege benötigen. Zum anderen weist diese Differenz darauf hin, dass die Eintritte von Langzeitpflegepatienten später erfolgen, wenn bereits beträchtliche Einschränkungen vorhanden sind oder die Patientin/der Patient präterminal ist.

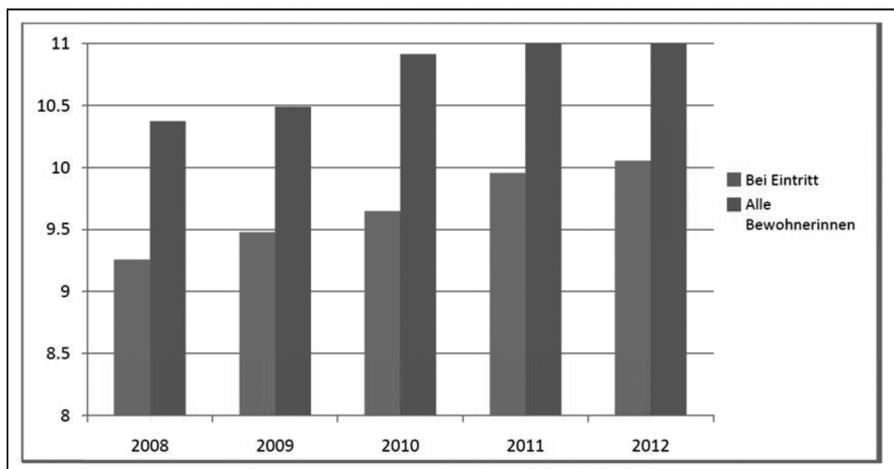


Abbildung 3: Entwicklung des ADL-Index bei Eintritt und allen Bewohner/-innen

Quelle: Bieri-Brüning 2012, S. 37.

Parallel dazu kann beobachtet werden, dass der Anteil der Patientinnen und Patienten kontinuierlich zugenommen hat, die mit RAI-NH als klinisch komplex eingestuft und innerhalb der RAI-Pflegeaufwandgruppen den C-Gruppen zugeordnet werden. Die klinisch komplexen Pflegeaufwandgruppen weisen auf Patientinnen und Patienten, die entweder besondere Krankheitsbilder aufweisen, z. B. Pneumonie, Sepsis, Hemiplegie, oder spezielle Therapien wie Dialyse, Sauerstoff, Ernährung via PEG-Sonde haben, oder häufig ärztliche Verordnungen benötigen (Abbildung 4).

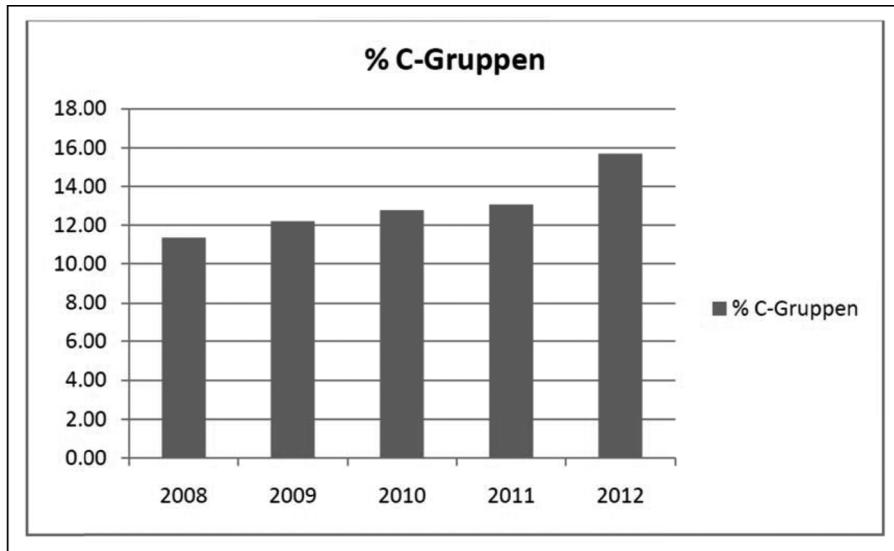


Abbildung 4: Prozentueller Anteil RAI C-Gruppen

Quelle: Bieri-Brüning 2012, S. 38.

Aufgrund struktureller Gegebenheiten der akutgeriatrischen Gesundheitsversorgung im Kanton Zürich gibt es keine stationäre geriatrische Rehabilitation gemäß den Anforderungen der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) (Frank u. a. 2012). Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationspotential aber ohne Kostengutsprache für eine organspezifische Rehabilitationsklinik werden, sofern sie nicht auf einer akutgeriatrischen Abteilung hospitalisiert sind, zur Rehabilitation in ein Pflegezentrum verlegt (Bieri-Brüning 2013). Dort erhalten sie Slow Stream Rehabilitation, ein Rehabilitationsprogramm, das an ihr Potential und ihren persönlichen Zeitbedarf angepasst ist. Während das Leistungsspektrum der Übergangspflege auf die unterstützende und aktivierende Pflege fokussiert, gewichtet die Slow Stream Rehabilitation den rehabilitativen Aspekt stärker und rückt ihn mehr ins Zentrum der Nachsorge in den Pflegezentren. Somit übersteigt die Slow Stream Rehabilitation den Leistungsumfang der Übergangspflege.

In den Pflegezentren der Stadt Zürich zeigen sich gegenwärtig also gegenläufige Trends: der überproportional gestiegene Anteil der Patientinnen und Patienten mit klinisch komplexer Situation (AAÜP) und wenigen ADL-Einschränkungen sowie ein hoher Anteil an späteintrtenden Bewohnerinnen und Bewohnern mit hohem ADL-Index, was einer hohen Pflegebedürftigkeit entspricht (Bieri-Brüning 2012).

Der kontinuierliche Anstieg der Komplexität und Instabilität der Gesundheitssituation und der Pflegebedürftigkeit der ins Pflegeheim eintretenden Patientinnen und Patienten kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Zum einen besteht der Wunsch des älteren Menschen, auch bei Pflegebedürftigkeit solange wie möglich zuhause zu leben. Dieser Wunsch wird gesellschafts- und gesundheitspolitisch unterstützt. Eine Folge dieses Wunsches ist, dass nicht nur vermehrt präterminale Patientinnen und Patienten von zuhause sondern auch schwerer kranke Pati-

entinnen und Patienten aus dem Spital in die Pflegezentren eintreten. Das heißt, die Spitäler verlegen nicht nur Menschen mit Rehabilitationspotential sondern auch Sterbende, was allerdings lediglich in Ausnahmefällen geschieht. Das Versterben von Patientinnen und Patienten innert weniger Stunden nach der Verlegung aus dem Spital empfinden die Mitarbeitenden der Pflegezentren als ethisch bedenklich.

Obwohl die klinisch komplexen Fälle in den Pflegezentren besonders auf den AAÜPs zunehmen und auch der dadurch bedingte Anstieg der Hospitalisationstage pro Pflegetag, hat sich der Anteil der Rehospitalisationen innert 18 Tagen nach Übertritt vom Spital mehr als verdoppelt. Dieser Anteil (= Drehtüreffekt) ist aber mit 6% aller Eintritte immer noch eher niedrig (Bieri-Brüning 2013). Die Rehospitalisation innert 18 Tagen wird der gleichen Fallkostenpauschale zugerechnet. Die Aufnahmekriterien der PZZ werden den Spitätern deutlich kommuniziert. Dennoch kommt es vor, dass die Spitäler Patientinnen und Patienten in Pflegeheime zu verlegen versuchen, die nicht dorthin gehören, und die auch nicht der Kategorie Übergangspflege zugeordnet werden können, z. B. jüngere Personen, die auf einen Platz in einer Rehabilitationsklinik warten. Diese Fälle werden von den Pflegezentren abgelehnt, u. a. auch mit Hinweis darauf, dass das Leistungsangebot auf pflegebedürftige polymorbide ältere Menschen ausgerichtet und das medizin-technische Leistungsangebot der Pflegezentren beschränkt ist, z. B. keine IV-Medikation.

Die Pflegezentren leisten einen enormen Aufwand für die soziale und geriatrische Abklärung der Patientinnen und Patienten. Dieser Aufwand wird in der Regel im Spital nicht geleistet. Die Abklärungen schaffen eine optimale Voraussetzung für eine geriatrische Slow Stream Rehabilitation. Gerade unter DRG ist eine gute Rehabilitation unerlässlich. Viele Patientinnen und Patienten der AAÜP haben in der Regel ein Rehabilitationspotential und somit einen ausgeprägten Rehabilitationsbedarf. Der Bedarf an Therapieleistungen ist auf den AAÜPs viermal höher als auf der Langzeitpflegeabteilung. Eine gezielte interdisziplinäre Therapieplanung basierend auf dem geriatrischen Assessment ist daher erforderlich, nicht zuletzt, um die beschränkten Ressourcen im Langzeitpflegebereich optimal einzusetzen.

Das Gesundheits- und Umweltdepartment forderte zur Vorbereitung der Swiss DRG Einführung einen alle Leistungserbringer übergreifenden Prozess. Die Schnittstellen zwischen den Akteuren sind nicht nur für die Übertritte aus den Spitätern definiert sondern ebenso für die Nachsorge nach einem Austritt aus dem Pflegezentrum nach Hause. Die Versorgung zuhause erfolgt mit PZZ internen Angeboten und/oder externen Anbietern wie der Spitex. Im Vergleich zu den Vorjahren konnte das PZZ-interne Angebot „Hausbesuche SiL“ (aufsuchende Beratung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen) in Bezug auf Patientinnen und Patienten, die nach ihrem Austritt aus einem Pflegezentrum weiterbetreut werden müssen, einen Zuwachs von 80% verzeichnen.

IV. Diskussion

Ein Jahr nach Einführung der Fallkostenpauschale in der Schweiz (SwissDRG) konnten ähnliche Beobachtungen wie in anderen Ländern gemacht werden. Es zeigt sich eine deutliche Verkürzung der Aufenthaltsdauer der stationären Akutbehandlung und eine stärkere Verlagerung der Weiterbehandlung auf ambulante Leistungserbringer sowie Langzeitpflegeinstitutionen (Widmer 2013). Diese Entwicklung ist in der Stadt Zürich jedoch nicht ausschließlich auf die Einführung der

SwissDRG zurückzuführen. Sie konnte bereits in den Vorjahren beobachtet werden. Die neuerliche Abnahme der Aufenthaltsdauer seit 2012 ist nicht übermäßig sondern setzt den bisherigen Trend fort. Jedoch haben 2012 die Übertritte aus dem Spital in die Pflegezentren zur Übergangs- pflege und Slow Stream Rehabilitation überproportional (25%) zugenommen. Eine Evaluation der Auswirkungen der DRG-Einführung in 33 Schweizer Pflegeheimen im Herbst 2012 (Widmer 2013) kommt teilweise zu anderen Ergebnissen. Die Mehrzahl der ausgewerteten Heime (> 60%) hat keine resp. wenige, kaum relevante Auswirkungen festgestellt. Allerdings wird in diesen Heimen genau wie in den PZZ beobachtet, dass die Patientinnen und Patienten früher und auch instabiler vom Spital übertreten. Generell hat die Komplexität der Patientenfälle zugenommen, nicht nur in Bezug auf Gesundheitsstatus und Pflegebedarf sondern auch in Bezug auf soziale und finanzielle Aspekte. Das heisst, Abklärungen betreffend Finanzierung des Pflegeheimaufenthalts sind erforderlich, oder ein vorgesehener Austritt nach Hause erfordert für die notwendige häusliche Unterstützung ein Abklären der Wohnsituation sowie des sozialen Umfelds. Auch dieser Trend konnte im Vorfeld der Einführung der Fallkostenpauschale beobachtet werden. Der Anteil der Personen mit einem hohen ADL-Index bei Eintritt in ein Pflegeheim ist angestiegen, einhergehend mit einem späteren Eintritt. Dies spiegelt den gesellschaftspolitischen Trend wider, dass Pflegebedürftige solange wie möglich zuhause leben und dort von Angehörigen und von der Spitex gepflegt werden (Perrig-Chiello/Höpflinger/Schnegg 2010; Stoltz/Uden/Willman 2004). Trotz der kürzeren Aufenthaltsdauern und des schlechteren Zustands der Patientinnen und Patienten bei Übertritt, mussten nur ca. 6% der Patient/-innen der PZZ innerhalb der 18 Tage-Frist rehospitalisiert werden. Diese Tatsache widerspricht dem teilweise befürchteten ‚blutigen‘ Austritt und dem daraus resultierenden Drehtürefekt. Diese Zahlen lassen sich mit denen anderer Länder schwer vergleichen, da häufig (USA, Italien, Deutschland) von Rehospitalisationen innert 30 Tagen nach Spitalaustritt gesprochen wird (Rich/Freedland 1988; Louis u. a. 1999; Statistisches Bundesamt 2012).

Die kürzeren Aufenthaltsdauern im Spital verlagern diverse Abklärungen zu den nachsorgenden stationären und ambulanten Leistungserbringern. Die Pflegezentren der Stadt Zürich setzen Case Managerinnen ein, welche für die Fallkoordination von Ein- bis Austritt zuständig sind sowie bei jeder Patientin/ jedem Patienten die sozialen und finanziellen Abklärungen übernehmen. Parallel zu der kürzeren Aufenthaltsdauer im Spital hat in den letzten Jahren auch die Verweildauer im Pflegeheim abgenommen, nicht zuletzt bedingt durch einen anderen Case Mix. Der Anteil der Austritte nach Hause ist kontinuierlich angestiegen und liegt gegenwärtig bei über 40%. Die meisten Patientinnen und Patienten der Übergangspflege und der Slow Stream Rehabilitation treten geriatrisch unzureichend abgeklärt ein. Zur Optimierung der weiterführenden Behandlung und Pflege sowie des temporären Aufenthalts im Pflegezentrum wird ein interdisziplinäres Assessment durchgeführt. Dieses dient als Grundlage für die weitere Behandlung und Pflege. Da das Gros der Patientinnen und Patienten der AAÜPs Rehabilitationspotential hat, wird die Funktionsfähigkeit und die Selbstpflegefähigkeit gefördert und soweit als möglich wiederhergestellt. Mit dem Ansatz der Slow Stream Rehabilitation wird den Patientinnen und Patienten die Zeit für die Rekonvaleszenz und die Wiedererlangung ihrer Fähigkeiten gegeben, die sie benötigen, immer unter dem Fokus eines zukünftigen Austritts zurück nach Hause. Dazu werden die individuellen therapeutischen und pflegerischen Ziele analog zur interdisziplinären Vorgehensweise in der Rehabilitation regelmässig evaluiert und angepasst. Während die Zielvereinbarung und Zielüber-

prüfung in der Rehabilitation ein etabliertes multidisziplinäres Verfahren ist und als Gold Standard gilt (Momsen u. a. 2012; Leach u. a. 2010; Siegert/Taylor 2004), ist diese Vorgehensweise ein Novum im Langzeitpflegebereich der Stadt Zürich.

Die Finanzierung der Akut- und Übergangspflege ist unbefriedigend gelöst. Nur ein Teil der Kosten, Pflegeleistungen und medizinische Behandlung, wird von den Krankenkassen übernommen. Die Patientinnen und Patienten müssen für die Hotelleriekosten selbst aufkommen, wobei die Stadt Zürich ebenfalls einen Kostenanteil (Ergänzungsleistungen) beisteuert. Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationspotential und Bedarf an Slow Stream Rehabilitation verbleiben wesentlich länger im Pflegezentrum als die vom Gesetzgeber angenommene Dauer der Übergangspflege von 14 Tagen. Im Kanton Zürich kommt erschwerend hinzu, dass es keine Institutionen mit Leistungsauftrag für geriatrische Rehabilitation gibt, die Angebote ausgerichtet auf diese spezielle Patientengruppe anbieten. Die PZZ decken mit ihrem Angebot dieses Manko. Es muss jedoch bedacht werden, dass das Rehabilitationspotential all der Patientinnen und Patienten in der Stadt Zürich, die nicht in den PZZ weiterbehandelt werden, nicht ausgeschöpft wird und diese Personen mit schlechterer Funktionsfähigkeit und Lebensqualität nach Hause entlassen werden oder sogar dauerhaft in einer Langezeitpflegeinstitution bleiben müssen.

V. Schlussfolgerungen

Aus Sicht der Pflegezentren der Stadt Zürich hat die Zusammenarbeit mit den Spitätern sowie mit den anderen Leistungserbringern der stationären und ambulanten Nachsorge gewonnen. Klare Abmachungen zwischen allen beteiligten Akteuren und optimierte Schnittstellen des Aus- und Übertrittsmanagements haben wesentlich dazu beigetragen, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Stadt Zürich, insbesondere der vulnerablen Personengruppen, über die gesamte Behandlungskette gewährleistet werden kann. Mit dem geriatrischen Assessment erhält die interdisziplinäre Zusammenarbeit einen anderen jedoch bedeutenderen wichtigeren Stellenwert in der Versorgung der Bewohner/-innen in den Pflegezentren. Dies ist nicht nur auf die AAÜP beschränkt.

Durch die deutliche Zunahme der Patientinnen und Patienten, die sich in einem Pflegezentrum zur Übergangspflege und/oder Slow Stream Rehabilitation aufhalten, hat sich der Anteil der Ausritte nach Hause nochmals erhöht. Dies hat einen positiven Nebeneffekt für die Langzeitpflegeinstitutionen: sie entfernen sich allmählich von dem Image der „Endstation“ (Marquard 2012).

Abstract

Heike Geschwindner and Gabriela Bieri-Brüning; Safe and Seamless Transition from Institutional Care to Home

DRG; Elderly; Health Care Services; Hospital; Nursing Home; Tansition

The implementation of SwissDRG in 2012 has a considerable impact on long-term care facilities since they have to maintain care due to the shortened length of hospital stay. Three specialized units of the City of Zurich Nursing Homes provide care to these particular patients. In 2012 the number of admissions from hospital increased as did the number of persons discharged home while the proportion of persons needing long-term care remained consistent. At admission a further increase of cases with high clinical complexity and larger care demands has been observed. Distinct arrangements as well as optimized processes are essential to guarantee a safe and seamless transition from hospital to nursing home.

Literaturverzeichnis

- Bieri-Brüning, Gabriela (2012). Statt 'Bloody Exit' Pflegeheimplatzierung? Auswirkungen der DRG auf die Langzeitpflege. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Bern.
- Bieri-Brüning, Gabriela (2013). Pflegeheimplatzierung statt 'bloody exit'? Auswirkungen der SwissDRG auf die Pflegezentren der Stadt Zürich. Schweizerische Ärztezeitung, 94:893-896.
- Breuer, Markus, Ruth Baumann-Hölzle, Martin Abele und Nina Blumenfeld (2011). Vulnerable Gruppen & DRG, Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitem und Heimen zur Situation von vulnerablen Patienten und den Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen. Dialog Ethik.
- Busato, André und Georg von Below. (2010). The implementation of DRG-based hospital reimbursement in Switzerland: A population based perspective. Health Research Policy and Systems, 8:31.
- Frank, Matthias, Stephan Born, Wanda Bosshard und Daniel Grob (2012). Anforderungsprofil der stationären geriatrischen Rehabilitation. SFGG (Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie). <http://www.sfgg.ch/pages/de/publikationen.php> (Zugriff 14.5.2013).
- Leach, Emma, Petrea Cornwell, Jenny Fleming und Terrance Haines (2010). Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. Disability and Rehabilitation, 32(2):159-172.
- Louis, Daniel Z., Elaine J. Yuen, Mario Braga, Americo Cicchetti, Carol Rabinowitz, Christine Laine, and Joseph S. Gonnella (1999). Impact of a DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of Care in Italy. HSR: Health Services Research 34(1):405-415.
- Marquard, Denise (2012). Fallpauschale führte nicht zu mehr verfrühten Entlassungen. Tagesanzeiger vom 19.12.12.
- Momsen, Anne-Mette, Jens Ole Rasmussen, Claus Vinther Nielsen, Maura Daly Iversen und Hans Lund (2012). Multidisciplinaryteam care in rehabilitation: an overview of reviews. Journal of Rehabilitation Medicine, 44:901-912.
- Nationale Ethikkommission (2008). Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Bern: BAG, nationale Ethikkommission. www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de (Zugriff 14.5.2013).
- Perrig-Chiello, Pasqualina, François Höpflinger und Brigitte Schnegg, (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare, Schlussbericht. Bern: Spitem Schweiz.
- Rich, Michael und Kenneth Freedland (1988). Effect of DRGs on three-month readmission rate of geriatric patients with congestive heart failure. American Journal of Public Health. 78(6):680-2.
- Siegert, Richard und William Taylor (2004). Theoretical aspects of goal-setting and motivation in rehabilitation. Disability and Rehabilitation, 26(1):1-8.
- Statistisches Bundesamt (2012). Gesundheit Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Fachserie 12 Reihe 6.4, Wiesbaden.
- Stoltz, Peter, Gigi Uden und Ania Willman (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home. A systematic review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18:111-119.
- Wade, Derick (2009). Goal setting in rehabilitation: an overview of what why and how. Clinical Rehabilitation. 23:291-295.
- Widmer, Richard (2013). Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus. Curaviva.
- WWU Münster (2008). Auswirkungen der DRG Einführung auf die Rehabilitation – Eine Befragung von Rehakliniken. IKM.