

Auswirkungen der SwissDRG auf die Pflegezentren der Stadt Zürich

Pflegeheimplazierung statt «bloody exit»?

Gabriela Bieri-Brüning

Ärztliche Direktorin der Pflegezentren der Stadt Zürich, Chefarztin Geriatriischer Dienst Zürich, Stadtärztin

Einleitung

In allen Ländern, die DRGs eingeführt haben, sinkt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Spital. Durch die Verlagerung der fortführenden Behandlung vom Spital zu Instanzen der ambulanten Nachversorgung wirkt sich die neue Finanzierungsart auch auf den Case Mix und die zu erbringenden Leistungen in den Langzeitinstitutionen, in der Spitex und in anderen Bereichen der Nachbetreuung aus.

Die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) sind mit ihren 1600 Betten die grösste Long Term Care-Einrichtung der Schweiz. 70% der Eintritte kommen direkt aus dem Akutspital oder aus einer psychiatrischen Klinik. Deswegen war zu erwarten, dass sich die angestrebte Verkürzung der Hospitalisationszeit unter DRG auf die Pflegezentren auswirken würde. Die PZZ bereiteten sich mit verschiedenen Massnahmen, unter anderem durch die Schaffung von Spezialabteilungen für Akut- und Übergangspflege, sowie zur Aufnahme vor. Es stehen aktuell 71 Betten zur Übergangspflege zur Verfügung.

Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege

Spitalpatienten treten auf eine Abteilung für Aufnahme und Übergangspflege (AAÜP) ein. Direkt auf eine Langzeitabteilung kommen nur gut abgeklärte, demenzkranke Patienten und solche mit speziellem Pflegebedarf. Patienteneintritte aus den beiden Stadtspitälern Waid und Triemli, aus dem UniversitätsSpital sowie aus dem Spital Zollikerberg erfolgen innerhalb von 48 Stunden nach Anmeldung über die Bettendisposition PZZ. Auf den AAÜP findet innerhalb der ersten 7–14 Tage ein geriatrisches Assessment statt, um gezielt das rehabilitative Potential zu klären. Patienten der Übergangspflege bleiben bis zu acht Wochen auf der AAÜP. Für Aufnahmepatienten wird ein dem Bedarf angepasstes Wohn- und Betreuungsangebot gesucht. Auf der AAÜP mussten die Stellenpläne aufgestockt werden. Zudem wurde die Pflege im Hinblick auf den anderen Patientenmix geschult. Neu wurden Fallmanagerinnen eingestellt. Zu den Aufgaben dieser Sozialarbeiterinnen gehört die Fallführung vom Eintritt bis zum Austritt. Sie koordinieren den interdisziplinären Prozess und kümmern sich insbesondere um die sozialen und finanziellen Abklärungen sowie die Austrittsplanung.

Veränderung der Long Term Care vor der neuen Spitalfinanzierung

In den letzten fünfzehn Jahren haben sich die PZZ stark verändert. Waren sie einmal Langzeitinstitutionen

Le placement en établissement de soins comme alternative aux sorties prématurées?

Le présent article s'intéresse aux effets du nouveau financement hospitalier avec forfaits par cas sur les soins de longue durée à l'exemple des centres de soins de la ville de Zurich. Pour cela, ses auteurs ont analysé les craintes soulevées aux Etats-Unis par différentes études montrant une multiplication du nombre de patients transférés définitivement dans des établissements de soins suite à une fracture du col du fémur [1]. Dans les établissements de soins zurichois, les admissions ont brutalement augmenté de 25% en 2012, une hausse principalement due aux changements occasionnés par les DRG, mais également aux conventions passées entre les établissements et les hôpitaux qui prévoient que les patients soient transférés dans les établissements de soins dans les 48 heures. De nombreux indices montrent que les patients sont non seulement admis plus rapidement dans les établissements de soins zurichois, mais que l'état de santé des patients transférés est également moins bon. Les réhospitalisations sous 18 jours ont en effet doublé. Près de la moitié des admissions concernent des patients potentiellement réintégréables, qui profitent de la réadaptation dite «slow stream» dans les établissements de soins pour réintégrer ensuite leur domicile. Dans les établissements zurichois, les DRG ont donc conduit à une augmentation des tâches liées à la réadaptation et non du nombre de patients de longue durée. En d'autres termes, les DRG n'ont aucune conséquence négative sur le placement en établissement de soins, à condition que les communes et les établissements de soins développent des mesures d'accompagnement comme l'a fait la ville de Zurich. Les DRG peuvent même permettre d'améliorer le pronostic notamment pour les patients victimes d'une fracture du col du fémur.

Korrespondenz:
Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning
Walchestrasse 31
Postfach
CH-8021 Zürich
Tel. 044 412 10 13
Fax 044 364 12 63
gaby.bieri[at]zuerich.ch

nen mit langen Wartelisten, in denen die Bewohner bis zu ihrem Lebensende blieben, sind sie heute Institutionen, mit einem sehr hohen Turn-over, kurzen Aufenthaltszeiten und immer mehr Austritten. Zudem haben die Pflegezentren einen Teil der geriatrischen Slow-Stream-Rehabilitationsfunktion in der Stadt Zürich übernommen. Dies ist nur möglich, da die ärztliche Betreuung im Heimarztprinzip mit Fachärzten für Geriatrie abgedeckt wird, eine eigene Therapie zur Verfügung steht und eine langjährige Tradition der interdisziplinären Zusammenarbeit besteht.

In den letzten Jahren ist die durchschnittliche Aufenthaltsdauer kontinuierlich gesunken, während der Anteil Austritte nach Hause und ins Altersheim gestiegen ist und vor DRG bei 33% lag. Die geriatrische Slow-Stream-Rehabilitation wurde immer bedeutender. Dies auch aufgrund der äusseren Strukturen. Im Kanton Zürich gibt es keine geriatrische Rehabilitation. Wer nicht auf der Akutgeriatrie hospitalisiert wird und keine Kostengutsprache für eine organspezifische Rehabilitationsklinik erhält, andererseits für eine Rückkehr nach Hause nicht selbständig genug ist, tritt in der Stadt Zürich häufig in ein Pflegezentrum ein.

Weitere Veränderungen im Case Mix ergaben sich in den letzten Jahren durch die zunehmende Anzahl Bewohner mit dementiellen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die Pflegebedürftigkeit insgesamt nimmt zu und ebenso die Anzahl medizinisch-pflegerisch komplexerer und aufwendiger Fälle wie zum Beispiel Langzeitbeatmete. Die stärker auftretenden sozialmedizinischen Probleme und der Umgang mit den allgemein gestiegenen Ansprüchen von Bewohnerschaft und Angehörigen stellen eine weitere Herausforderung dar.

Material und Methoden

Für die Untersuchung werden Kennzahlen aus den Stadtspitälern Triemli und Waid und den Pflegezentren erhoben, die für mögliche Auswirkungen der DRG auf die PZZ relevant sind. Es sind dies z. B. Aufenthaltsdauer im Spital, Ein- und Austrittszahlen usw. fünf Jahre retrospektiv erfasst, um einen Trend zu erheben. Die Ergebnisse 2012 werden mit dem Trend verglichen.

Resultate

Verkürzung der Hospitalisationsdauer und Zunahme der Pflegeheimintritte

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten in den Stadtspitälern ist seit 2007 kontinuierlich gesunken. Dabei ist die Aufenthaltsdauer der über 65-Jährigen immer höher als die der jüngeren Patienten. Am längsten im Spital bleiben Patienten, die nach dem Spitalaufenthalt in ein Heim eintreten (2011: 13,8 Tage Triemli, 19 Tage Waid). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten in den

beiden Spitälern ging auch 2012 weiter zurück, allerdings entspricht die Verkürzung dem Trend der letzten Jahre. Einzig die Kurve der Aufenthaltsdauer vor Heimeintritt fällt steiler ab, besonders im Waidspital. Dies könnte Ausdruck der verkürzten Wartezeit auf ein Bett in den PZZ sein, da im Waidspital 50% der zukünftigen Heimpatienten in ein städtisches Pflegezentrum übertreten.

Die Übertritte der Spitalpatienten aus den Stadtspitälern in ein Heim haben in den letzten fünf Jahren deutlich zugenommen. Im Triemli ist es 2012 knapp jeder zwanzigste Austritt, im Waid rund jeder siebte. Diese Unterschiede sind vor allem auf die Altersunterschiede der Patienten in den beiden Spitälern zurückzuführen: Im Waidspital ist ein bedeutend höherer Anteil der Patienten älter als 80 Jahre. Insgesamt ist das Durchschnittsalter der Patienten in den Spitälern in den letzten Jahren aber nicht gestiegen und scheint hier keine Erklärung zu den vermehrten Heimeintritten zu bieten. Tatsächlich ist die Dekompensation der häuslichen Situation durch ein zusätzliches Ereignis (z. B. Sturz) mit Hospitalisation der häufigste Grund für einen Pflegeheim eintritt.

Eintritte aus den Spitälern

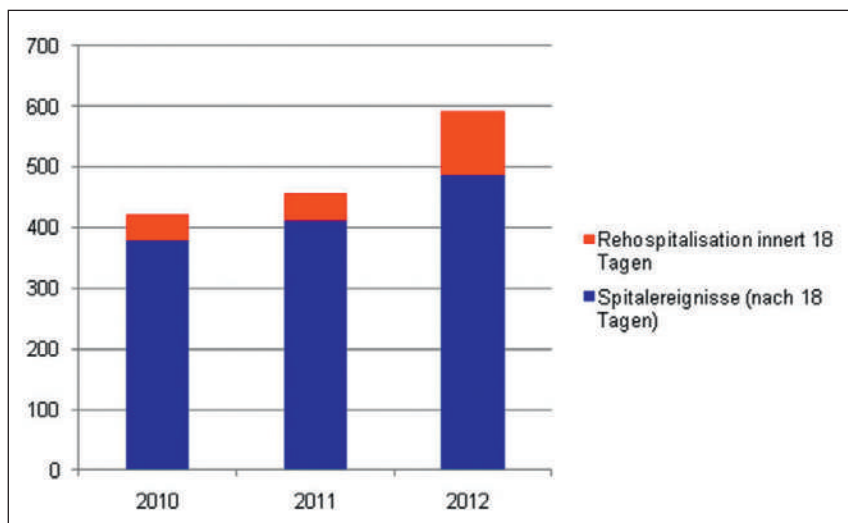
Die Eintrittszahlen bei den PZZ betragen nach einem deutlichen Anstieg von 2007 auf 2008 bis 2011 konstant 1200 Eintritte pro Jahr. Im Jahr 2012 stiegen sie sprunghaft um 25% auf 1502 Eintritte aufgrund vermehrter Eintritte aus den Spitälern. Der Druck seitens der Spitäler, auch Patienten aufzunehmen, die nicht in ein Pflegezentrum und auch nicht in die Übergangspflege gehören, hat deutlich zugenommen. Teilweise werden jüngere, nicht multimorbide Patienten angemeldet.

Komplexität

Die Pflegebedürftigkeit und die Komplexität der Krankheitsbilder sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Dies lässt sich in den PZZ mit dem ansteigenden ADL-Index (2008: 9,2 auf 2011: 9,9) als Mass der Pflegebedürftigkeit belegen. Auch die Zunahme klinisch komplexer Patienten mit speziellen Diagnosen oder grossem ärztlichen Aufwand gemäss Einstufung im RAI-System (Resident Assessment Instrument) (2008: 11% auf 2011: 13%), zeigen dies. Diese Entwicklung entspricht dem generellen Trend der letzten Jahre und ist gesundheitspolitisch gewollt: Pflegebedürftige ältere Menschen bleiben länger zu Hause und treten daher pflegebedürftiger ins Heim ein. Auch der leichte Anstieg des Durchschnittsalters zeigt diesen Trend auf. Vermutlich sind aber verschiedene Wirkmechanismen gleichzeitig bestimmend, die zum Teil einen gegenteiligen Effekt auf die Pflegebedürftigkeit bei Eintritt haben. Einerseits besteht der generelle Trend zu einem späteren Eintritt in der präterminalen Abhängigkeitsphase dank aktiverer Spitem. Übergangspflegepatienten

Abbildung 1

Anzahl Hospitalisationen innert bzw. nach 18 Tagen.



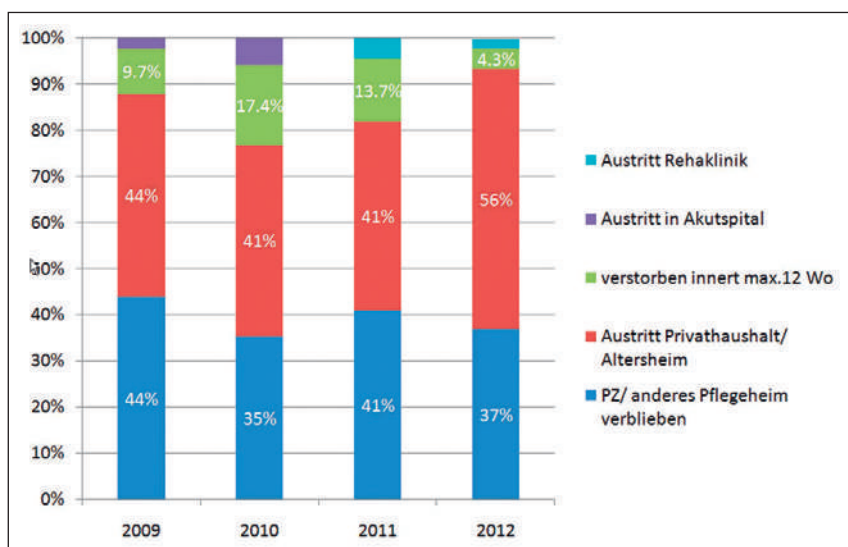
ten wiederum sind eher weniger pflegebedürftig. Dies zeigt auch die Entwicklung 2012. Der ADL-Index stieg insgesamt an (11,4). Hingegen ist der ADL-Index der AAÜP-Patienten deutlich tiefer (7,9).

Die den Kassen verrechneten Arztleistungen pro Pflage-tag sind auf den AAÜPs vier- bis sechsmal höher als auf der Normalabteilung oder im Durchschnitt. Grund dafür sind die umfassenderen Leistungen der AAÜPs.

Von 1387 Anmeldungen von April bis November 2012 wurden 18% aus medizinischen Gründen wieder annulliert. Dies kann als Hinweis auf die medizinische Instabilität dieser Patientengruppe gewertet werden, die bei fast einem Fünftel der Fälle zu einer Absage oder Verschiebung des Eintritts führte.

Abbildung 2

Verbleib der Patienten nach SH-Fraktur in Prozent.



Die Hospitalisationen aus den PZZ nahmen in den letzten Jahren kontinuierlich zu (von 31 auf 78/1000 Pflage-tage). Auch 2012 nahmen die Spitalereignisse auf 102 pro 1000 Pflage-tage zu (Abb. 1). Dabei stiegen die Rehospitalisationen innert 18 Tagen nach Eintritt von 44 auf 104 Hospitalisationen deutlich an. Sie gehören unter DRG zur gleichen Fallpauschale. Auch dies ist ein Hinweis auf die Instabilität der Patienten. Eine Rehospitalisationsrate von 6% auf alle Eintritte kann aus meiner Sicht nicht als Drehtüreffekt interpretiert werden. Zu sogenannten «blutigen» Entlassungen ist es nicht gekommen. Einzelfälle verstarben wenige Stunden nach der Verlegung, was vor allem ethisch fragwürdig ist. Einzelfälle mussten innert weniger Stunden aufgrund von Komplikationen oder von während der Hospitalisation nicht gestellter Diagnosen zurückverlegt werden. Diese Fälle gab es schon vor DRG, und es blieben Einzelfälle. Sie scheinen aber, wenn man die Rehospitalisationen betrachtet, eher zugenommen zu haben.

Rehabilitationsbedarf

In der amerikanischen Literatur verblieben nach einzelnen Autoren [1] mit Einführung der DRG fast viermal mehr Patienten, die nach einer Schenkelhalsfraktur in ein Pflegeheim eintraten, als Langzeitpatienten dort. Daher wurde der Verbleib in einem Pflegeheim bei Patienten, die 2009 bis 2012 nach einer Schenkelhalsfraktur in die PZZ eintraten, überprüft. Die Analyse zeigt, dass in den Jahren 2009 bis 2011 35–44% Patienten blieben, 10–17% innerhalb weniger Wochen verstarben und 41–44% wieder nach Hause oder in ein Altersheim austraten. 2012 sind die Austritte mit 56% deutlich höher (Abb. 2).

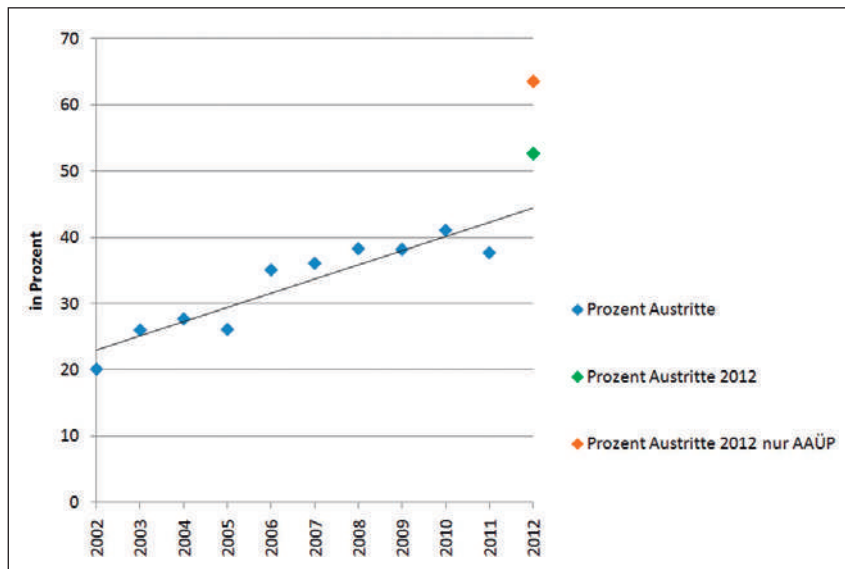
Die Zunahme der Austrittsrate zu einem definierten Krankheitsbild im Vergleich zu den Vorjahren ist wahrscheinlich Ausdruck des Erfolgs der AAÜP, da dort das geriatrische Assessment, die interdisziplinäre Therapieplanung und die regelmässige interdisziplinäre Überprüfung institutionalisiert wurde.

Austritte

Abbildung 3 auf der nächsten Seite zeigt die lineare Zunahme der Austritte in den letzten zehn Jahren in den PZZ auf. Das Image der Endstation Pflegezentrum ist in fast der Hälfte der Fälle nicht mehr gerechtfertigt. Der Anstieg der Patienten, die das Pflegezentrum rehabilitiert verlassen, steigt 2012 sprunghaft an. Bei einer linearen Extrapolation wäre der Wert der Austritte 2012 bei 44,5%, tatsächlich beträgt er 53%. Hier scheint also der Effekt der DRG und wahrscheinlich auch der guten Rehabilitation die normale Entwicklung der letzten Jahre deutlich zu übertreffen. Der DRG-Effekt bedeutet, dass mehr Patienten mit Rehabilitationspotential in ein Pflegezentrum eintreten. Daneben ist aber auch die bessere Rehabilitation bzw. die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials in den PZZ ausschlaggebend, wie

Abbildung 3

Austritte (Privathaushalt, andere externe Heime, interne Verlegungen, Akutspital, Rehaklinik, Psychiatrische Klinik).



sich dies am Erfolg der Patienten mit Schenkelhalsfraktur zeigt.

Die Bettenzahl wurde 2012 nicht erhöht. 71 der rund 1600 Betten wurden für die AAÜP-Abteilungen eingesetzt. Die höhere Anzahl Eintritte wurde durch mehr Austritte kompensiert, d.h. es gab nicht mehr Langzeitpatienten.

Diskussion

Die Zwischenbilanz: «Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus?» von Richard Widmer [2] hat die Resultate von 33 Schweizer Heimen im September 2012 ausgewertet. Hier sieht das Bild etwas anders aus. Knapp zwei Drittel der Heime sehen «keine» oder «einige, eher unbedeutende» Auswirkungen. Beobachtet wird, dass die Patienten früher übertreten und teilweise instabiler und komplexer seien. Dagegen sind die Auswirkungen bei den PZZ mit 25% mehr Eintritten und einer starken Zunahme der Rehabilitationsaufgaben deutlich.

Der hohe Anteil an Slow-Stream-Rehabilitationspatienten in den PZZ hat neben der guten Arbeit der Teams auch mit der fehlenden geriatrischen Rehabilitation im Kanton Zürich zu tun. Natürlich bietet Slow-Stream-Rehabilitation in den Pflegezentren auch Vorteile. So wird die Triage für den Austritt nach Hause durch den erfahrenen Geriater und das interdisziplinäre Team aufgrund eines geriatrischen

Assessments ausgeführt. Die Umgebung und die Tagesstrukturen im Pflegezentrum sind den Rehabilitationsbedürfnissen alter Menschen besser angepasst als im Spital oder in der organspezifischen Rehabilitation. Auch für die Austrittsplanung bleibt mehr Zeit. Die grosse Selbstbeteiligung an den Kosten im Pflegezentrum trägt neben ihren Nachteilen dazu bei, Hospitalismus zu verhindern, und verstärkt sicher die Austrittsmotivation.

Ein Problem ist die ungenügende Finanzierung der Akut- und Übergangspflege. Die Kosten werden nur teilweise durch die Krankenkassenbeiträge gedeckt. Da die Patienten Kost und Logis selber bezahlen, werden Kosten statt der Krankenkasse und dem Kanton den Patienten und der Stadt aufgebürdet. Auf kantonaler Ebene muss ein Leistungsauftrag für geriatrische Rehabilitation erteilt werden. Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie hat ein Positionspapier zur geriatrischen Rehabilitation verfasst, das kurz vor der Veröffentlichung steht. Die Erfahrungen in den PZZ zeigen, dass allein Akutgeriatrie und Übergangspflege im engeren Sinn nicht genügen. Ausserhalb der Stadt, wo es meist keine Slow-Stream-Rehabilitation im Pflegezentrum gibt, wird das Rehabilitationspotential alter Menschen mit der Möglichkeit der Rückkehr nach Hause nicht ausgeschöpft, was keine adäquate geriatrische Behandlung darstellt.

Pflegeheimplatzierung statt «bloody exits» scheint sich zumindest im Hinblick auf die starke Zunahme der Eintritte in den Pflegezentren zu bewahrheiten. Dank guter Slow-Stream-Rehabilitation und der guten Angebote im ambulanten Bereich können viele Patienten auch wieder entlassen werden.

Literatur

- 1 Fitzgerald JF, Moore PS, Dittus RS. The Care of Elderly Patients with Hip Fracture. *N Engl J Med.* 1988;319(21):1392-7.
- 2 Widmer R. Zwischenbilanz: Wie wirkt sich die Einführung von SwissDRG auf die Langzeitpflege aus? Curaviva, 2013. www.curaviva.ch, retrieved 9.4.2013.

Aktuelle Forumthemen



Diskutieren Sie mit! Im Forum präsentieren wir regelmässig brisante Themen aus Politik, Ökonomie und Wissenschaft, die das Schweizer Gesundheitswesen betreffen. Bringen Sie Ihre Meinung ein oder kommentieren Sie die Äusserungen Ihrer Kolleginnen und Kollegen. Das Forum finden Sie unter:

www.saez.ch/forum/