

Schrittmacherin

1
Editorial

2
Neuer
Geschäftsführer/
Le nouveau
secrétaire général

3
Lohnforderung

4–5
Finanzierungssystem
AP DRG

6–10
Interview:
Künftige Spitaltarife



Editorial



«Sparen dank neuen Anreizen», so der Titel eines kleinen Artikels im «Bund» vom 22. März 2006, der darüber informiert, dass die Verantwortlichen einen Vertrag zur Einführung des neuen Tarifsystems SwissDRG* in den Spitälern unterzeichnet haben.

«Das neue System schafft Anreize, qualitativ hochstehende Leistungen möglichst kostengünstig zu erbringen», wird Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit im erwähnten Artikel zitiert.

Schon lange wissen die Pflegenden, dass sie qualitativ gute Pflege ohne zusätzliche Kosten in kürzerer Zeit und mit hohem administrativem Aufwand leisten müssen. Diese Pflege wird in der Regel auch erbracht.

Was kommt mit der Einführung von SwissDRG neu auf die Pflege zu?

Lesen Sie dazu das Interview ab Seite 6. Eines vorweg: Einheitliche Pflorgetarife führen zu kürzeren Aufenthalten in den Spitälern, fordern die Pflege und vermehren die nachstationären Leis-

tungen (z.B. Spitex). Über weitere Konsequenzen für die Pflege können wir vorderhand nur spekulieren. Fest steht: Unsere Flexibilität und ein hohes spezialisiertes Fachwissen werden gefragt sein.

Der SBK setzt sich in den übergeordneten Gremien dafür ein, dass beim Aufbau von Swiss-DRG nicht nur die Diagnosen der Medizin, sondern auch der Pflege berücksichtigt werden.

Uns ist es ein grosses Anliegen, Sie über Entwicklungen in der Pflege frühzeitig und umfassend zu informieren, damit Sie erkennen, wann und wo in Ihrer beruflichen Praxis Sie Einfluss nehmen und Ihre Chancen nutzen wollen.

In der vorliegenden Ausgabe der Schrittmacherin lesen Sie, was DRG ist, welche möglichen Auswirkungen für die Zukunft der Pflege wir erwarten und wo sich der SBK engagiert.

Elsbeth Luginbühl, Leiterin Bildung

*DRGs (Diagnosis Related Groups – diagnosebezogene Fallgruppen)

P.P.
2500 Biel-Bienne

Geschäftsführer/secrétaire général

Der Neue

Glücklich, wer der Pflege nicht bedarf. Glücklich, wer sie erfährt, wenn er sie braucht. Glücklich, wer ihr begegnet, wenn er sie nicht braucht. Letzteres ist zur Zeit meine Chance: Als Fachexperte im Rechnungswesen sowie ehemaliger Hotelier und Gästepfleger bin ich im Auftrag Ihres Vorstands seit Anfang Juni und auf die erforderliche Zeit hinaus Leiter Ihrer Geschäftsstelle und Gast Ihres Verbands. Hier also, an der Monbijoustrasse 30, begegne ich der Pflege nun täglich, um sie im Kreis so sympathischer wie tüchtiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter... selber zu pflegen!

Der Auftrag, Bewährtes zu stärken, allzu Selbstverständliches zu hinterfragen und Neues zu fördern, ist mir Herausforderung und Freude zugleich. Einiges an Ihrem Beruf erinnert mich an meine frühere gastgewerbliche Tätigkeit, sind doch gewisse Ziele und Abläufe durchaus verwandt. Aber seit meiner ersten Berührung mit Pflegenden empfinde ich für sie die Bewunderung des Krämers für den Idealisten. Zudem das Gefühl, für etwas wirklich Gutes im Einsatz zu stehen.

DRG ist das Thema dieser September-Ausgabe unseres Blatts. Eine etwas trockene, wenn auch hochinteressante Materie, die mich als Kostenrechner fasziniert. Wir haben uns mit dem heissen Eisen auseinanderzusetzen und es zu schmieden, so lang das noch möglich ist. Es geht ja nicht nur um unser liebes Geld, sondern auch um unser Schicksal als Patienten.

Dem SBK Bern und seinen Zielen gilt mein ganzes Interesse. Ich hoffe, sie etwas vorwärts bringen, und es freut mich selbstverständlich, wenn Sie auf mich zu kommen.

Pierre Hugentobler

Le nouveau

Heureux qui n'a pas besoin de soins infirmiers. Heureux qui en bénéficie quand besoin est. Heureux qui en fait la connaissance sans en avoir besoin. C'est ce qui m'arrive actuellement: En ma qualité d'expert en finances et d'ancien hôtelier j'ai accepté, à la demande de votre Comité, d'assumer la responsabilité de secrétaire général de votre association à partir de début juin. Et c'est ici, à la Monbijoustrasse 30, que je suis confronté jour après jour avec ces soins infirmiers qu'il m'appartient de... soigner, entouré de collaborateurs aussi sympathiques que dévoués!

Le mandat de renforcer ce qui a fait ses preuves, de remettre en cause ce qui semble logiquement s'imposer, d'encourager les innovations est pour moi aussi bien plaisir que défi. Votre profession me rappelle par maint aspect mon ancienne activité d'hôtelier et le fait qu'il existe une certaine parenté des buts et des procédés. Mais depuis mon premier contact avec elle j'éprouve pour vous cette admiration inavouée qu'a le commerçant pour l'idéaliste. A ceci s'ajoute, heureusement, le sentiment réconfortant de travailler pour une bonne cause.

DRG, le thème de cette édition de septembre, est une matière aride mais combien intéressante, pour laquelle j'ai un très net penchant de comptable. Il s'agit de battre le fer tant qu'il nous en est donné la possibilité. Il en va non seulement de notre argent, mais bien plus, encore, de notre destin de patients.

L'ASI-BE et ses buts ont tout mon intérêt. J'espère leur être utile et me réjouis à l'idée de vous entendre.

Pierre Hugentobler





Ganzer Lohn für ganze Arbeit

Am Aktionstag vom 14. Juni 2006 haben 200 Beschäftigte aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, allen voran Aktive des SBK Bern, Finanzdirektor Urs Gasche eine Lohnrechnung präsentiert. Dem Kanton wurde vorgerechnet, wie viel er auf dem Buckel der Beschäftigten in den typischen Frauenberufen Jahr für Jahr spart. Die Aktion war ein Erfolg und zeigt bereits Folgen: Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) setzt eine Arbeitsgruppe zur Lösung der Lohnfragen ein.



Druck ist weiterhin nötig

Der SBK Bern hat beschlossen, sich der nationalen Herbstkundgebung **Löhne rauf – Lohngleichheit jetzt** mit der Forderung **«4% für alle – und für Frauen mehr!»** anzuschliessen. Er ruft seine Mitglieder auf, sich mit den erwarteten 20000 Teilneh-

mern aus allen Landesteilen am **Samstag, 23.09.2006 um 13.30 Uhr am Hirschengraben in Bern** zu versammeln. Weitere Einzelheiten zur Durchführung des Anlasses unter www.sbk-be.ch, Rubrik «Aktuelles».



Finanzsystem AP DRG

Grundlagen des Finanzierungssystems AP DRG

Der Ursprung von DRG

Die ersten DRGs wurden 1967 von Robert Fetter (Betriebsökonom) an der Universität von Yale (New Jersey) entwickelt. Der damalige Auftrag lautete, eine Klassifizierung der «Produkte» von Krankenhäusern zu entwickeln. Die zu entwickelnde Klassifizierung sollte auch dazu geeignet sein, betriebswirtschaftlich transparente Kostenstrukturen zu schaffen und bei Qualitätssicherungsmassnahmen im stationären Bereich Unterstützung zu geben. Aus dem damaligen Vorhaben entwickelte sich, noch in den USA, das AP DRG (engl. All Patient Diagnosis Related Groups). Im Lauf der Zeit wurde das System in Amerika und Australien, aber auch in vielen europäischen Ländern angewendet, stetig verfeinert und auf die individuellen Bedürfnisse eines Landes abgestimmt (z.B. Australien: AR DRG – Australien Refined DRG; Deutschland: G-DRG – German DRG). Mittlerweile ist DRG das weltweit verbreitetste Patientenklassifikationssystem.

In der Schweiz ist es das AP DRG, basierend auf dem amerikanischen AP DRG, jedoch ergänzt mit schweizerischen Besonderheiten und Anpassungen (z.B. «Schweizer Zahlgruppen», engl. Swiss Payment Groups, SPG), z.B. AP DRG – SPG 901 «Todesfall am Einweisungstag». Die «Swiss Payment Groups» dienen der weiteren Verfeinerung des AP DRG-Gruppierungsmechanismus. Sie mussten eingeführt werden, weil eine Anpassung innerhalb des Gruppierungsalgorithmus aus rechtlichen Gründen nicht möglich war.

Der Begriff «AP DRG – All Patient Diagnosis Related Groups» bedeutet, dass alle Patienten in

diagnosebezogene Fallgruppen klassifiziert werden (=> Patientenklassifikationssystem). In der aktuell in der Schweiz angewendeten Version AP DRG 12.0 werden die Fälle in medizinische Gruppen (z.B. Medizin, Chirurgie) eingeteilt. Es gibt 25 Hauptdiagnosegruppen (MDC Major Diagnosis Categories, z.B. HNO, Bewegungsapparat), welche sich in 641 Fallgruppen (DRG Diagnosis Related Groups, z.B. Tonsillektomie, Geburt) unterteilen.

Am besten stellt man sich 25 «Schränke» (= MDC, Hauptdiagnosegruppen) vor, in denen sich 641 «Schubladen» (=DRG, Fallgruppen) befinden. Jeder Patientenfall wird einer «Schublade» zugeordnet. Die Zuordnung der Patientenfälle richtet sich im Wesentlichen nach routinemässig erhobenen Patientenfalldaten, die obligatorisch vom Bundesamt für Statistik (BfS) verlangt werden:

- Hauptdiagnose und Nebendiagnosen (werden mittels ICD 10 kodiert)
- Haupttherapie und Nebentherapien (werden mittels ICD 9 CHOP kodiert)
- Geschlecht und Alter des Patienten
- Geburtsgewicht bei Neugeborenen

Die einzelnen DRGs unterliegen verschiedenen Schweregraden, welche nach einem Punktesystem bewertet und als Kostengewicht (Cost Weight) bezeichnet werden. Die Einteilung eines jeden Behandlungsfalls wird über folgende Faktoren ermittelt:

- Alter
- Art des Eingriffs
- Schwere der Haupterkrankungen

- Nebenerkrankungen
- Allfällige den Aufwand erhöhende Faktoren

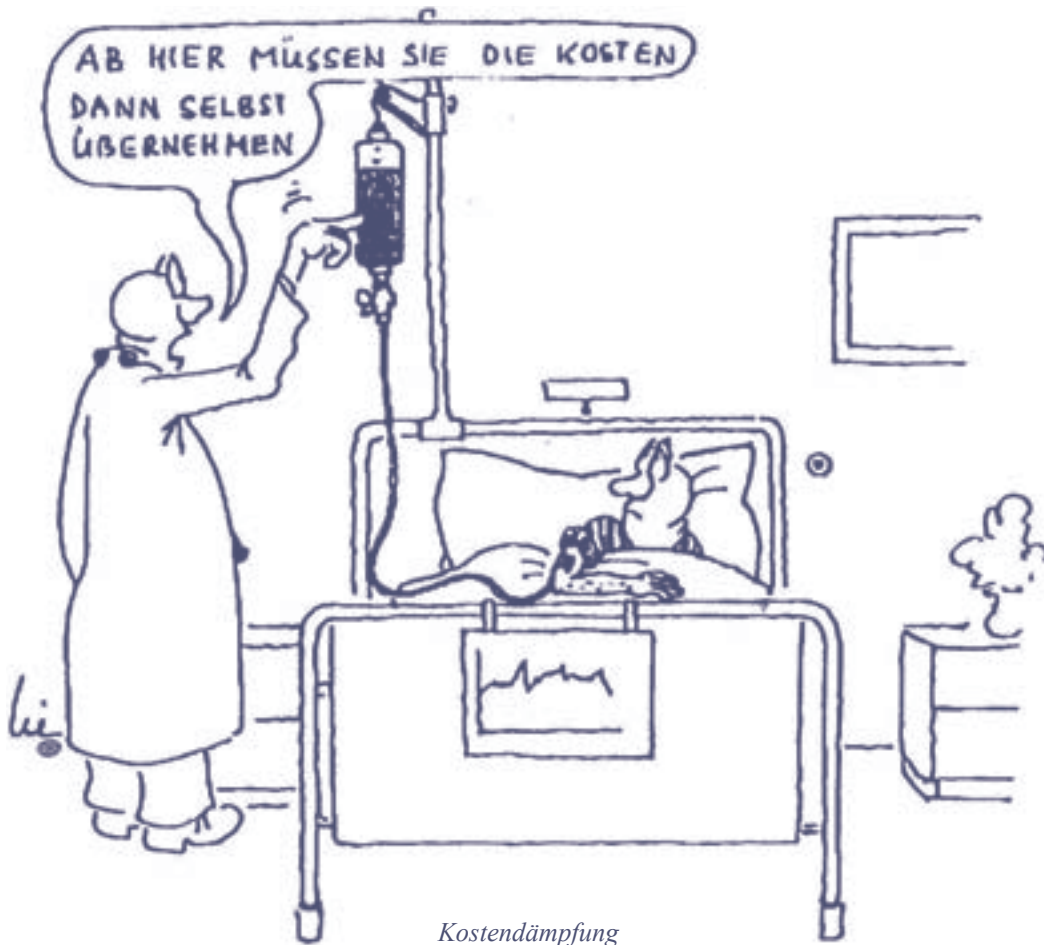
Die Ermittlung des Kostengewichts zur Abbildung des Schweregrads in diesem Punktesystem (Version 3.2, z.B. DRG 371, Kaiserschnitt ohne Nebenerkrankungen und Komplikationen, hat ein Kostengewicht CW von 1.043), dient der Einschätzung und somit Gewichtung eines jeden speziellen Behandlungsfalls. Dieser Wert wird mit einem vorab pro Spitalregion erhobenen Normpreis (NP, Baserate; vergleichbar mit dem Taxpunktwert im TARMED) multipliziert.

Gesamtschweizerische Erhebungen* im Jahr 2003 ergaben einen durchschnittlichen stationären Behandlungspreis auf der Basis von Vollkosten in der Höhe von CHF 6800.– (auf der Basis von einem Kostengewicht von 1.0). Dies bedeutet, dass der Kaiserschnitt ohne Nebenerkrankungen und Komplikationen mit einem Fallpreis von CHF 7092.40 berechnet wird.

Beispiel: DRG 371, Kaiserschnitt ohne Nebenerkrankungen und Komplikationen mit einem Kostengewicht CW von 1.043 (Version 3.2):

$$\begin{aligned} \text{DRG 371} \times \text{Normpreis} &= \text{Fallpreis} \\ 1.043 \times \text{CHF } 6800.- &= \text{CHF } 7092.40 \end{aligned}$$

Der Fallpreis ist bei jeder Behandlung und Erkrankungskombination neu zu ermitteln. Variieren kann der Fallpreis allerdings, wenn der entsprechende Behandlungsfall länger oder kürzer im Spital stationär behandelt wird als nach AP



Kostendämpfung

Liebermann/CCC, www.c5.net (aus dem Buch «Vorsicht Medizin» von Gerhard Kocher)

DRG Schweiz berechnet und vorgegeben. In dem erwähnten Beispiel DRG 371, Kaiserschnitt ohne Nebenerkrankungen und Komplikationen, ist ein durchschnittlicher gesamtschweizerischer stationärer Spitalaufenthalt von 6 bis 11 Tagen ermittelt und hinterlegt worden. Wird die Patientin früher entlassen, reduziert sich der Preis. Bei einem längeren Aufenthalt erhält das behandelnde Spital eine höhere Abgeltung.

Werden alle Kostengewichte (CW, Cost Weight) der akut stationären Patientenfälle addiert und durch die Gesamtanzahl aller behandelten Patientenfälle dividiert, erhält man das durchschnittliche Fallgewicht (CMI, Case Mix Index) eines Spitals oder einer Kostenstelle (Abteilung). Dieser Faktor kann bei einer kantonalen Spitalfinanzierung oder aber bei Vergleichen (Benchmark) von Spitälern oder/und Abteilungen an Bedeutung gewinnen. Zu diesem Fallpreis der fallabhängigen Leistungen (FAL) kommen bei einer kantonalen Spitalfinanzierung noch Investitionskosten (ein definierter Prozentanteil der Fallkosten) und fallunabhängige Leistungen (FUL)

wie Vorhalteleistungen (z.B. Notfallabteilung) oder Weiterbildungen hinzu.

Ziel des Finanzierungssystems AP DRG ist eine diagnosebezogene und leistungsorientierte Vergütung von Spitalleistungen. Anhand von vergleichbaren Diagnosen und Leistungen werden Vergleiche (Benchmarkings) zwischen Spitälern und Regionen im Gesundheitswesen möglich. Gleiche Leistungen werden gleich berechnet und bezahlt, wobei die Teuerung, Lebenshaltungskosten und Lohnkosten über einen spitalindividuellen Normpreis regulierbar sind. Hauptfokus von einem DRG-System ist, die Aufenthaltsdauer von akut stationären Behandlungsfällen zu reduzieren, um einer kontrollierbaren Bettenanzahl pro Versorgungsregion gerecht zu werden.

Das Finanzierungssystem AP DRG kann auch als spitalinternes oder -externes Steuerungsinstrument dienen. Es wird je nach Versorgungsregion und Spital zur Budgetierung von Spitalleistungen (Kantonale Spitalfinanzierung) und Definition von Leistungsprogrammen herangezogen. Die

Folge ist spitalintern, dass eine gewisse Summe an Geld zur Verfügung steht und somit Personal-, Sach-, Investitions- und sonstige interne Budgets adäquat geplant und eingeteilt werden können. Strategisches und operatives Controlling, z.B. die Steuerung der Aufenthaltsdauer und des Leistungsspektrums eines Spitals, sind ebenso möglich wie eine angepasste Personalplanung an die Folgen eines solchen Systems.

Da ein AP DRG-System auf die Behandlung von akut somatischen stationären Krankenhausfällen ausgelegt ist, wird eine Abgeltung von teilstationären Behandlungen eher schwierig. Jedoch wurde dies vom Verein AP DRG Schweiz versuchsweise in der CW-Version 3.1. ermöglicht, indem spezielle Kostengewichte pro DRG-Gruppe für diese Behandlungsart ermittelt wurden. In den meisten Fällen jedoch werden die teilstationären Patientenfälle – ebenso wie die ambulanten Patientenfälle – über den Tarif TARMED (Tarif Medizin) abgegolten.

*AutorInnen: Rolf Malk, Geschäftsführer und Herausgeber des DRG-Handbuch Schweiz
Sandra Malk, Stv. Leitung Pflegedienst*

MALK MEDIZIN CONTROLLING AG
Alpenblickstrasse 20
8853 Lachen
malk@medizincontrolling.ch

**Erhebungen von AP DRG Schweiz sowie von santésuisse (Dachverband schweizerischer Krankenversicherer)*

Swiss-DRG – künftige Spitaltarife

Gute Pflege statt Kundenbindung

2009 soll für mindestens die Hälfte der Schweizer Spitäler das neue Spitaltarifsystem mit DRGs (Diagnosebezogene Fallgruppen, siehe Kasten) gelten. Es sieht Fallpauschalen pro Behandlung und Patient vor. Die SBK Sektion Bern nimmt DRG sehr wichtig und will diesem Thema im Jahr 2007 eine Tagung widmen.

Mit Lucien Portenier vom SBK Schweiz sprach Alice Baumann, Journalistin

Bei DRG geht es darum, ein einheitliches Tarifsystem für die stationäre Spitalbehandlung auszuarbeiten und per 1. Januar 2009 einzuführen. Transparenz, Effizienz und Wettbewerb werden bei Diagnosen wie Prozeduren eingeführt. Wie verbindlich werden die Tarifverträge zwischen den Kantonen, Spitälern und Versicherern sein?

Lucien Portenier: Die Tarifverträge sind in jedem Fall verbindlich. Die Frage wird sein, ob alle Spitäler einem DRG-Tarifvertrag beitreten werden. Es sind noch keine Prognosen möglich, wann die effektive Einführung beginnen und vor allem wann sie abgeschlossen sein wird. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass zum Beispiel Privatkliniken nicht mitmachen werden oder dass alles scheitert. Das Projekt steht nach wie vor auf wackligen Füßen, weil weder in der Politik noch unter den Swiss DRG-Projektpartnern in allen entscheidenden Fragen ein tragfähiger Konsens besteht.

Führt DRG zu einem Spitalsterben?

Portenier: DRGs allein bewirken wenig. Aber sie könnten den Trend zur Wirtschaftlichkeit unterstützen, weil DRG-Tarife den Wettbewerb unter den Anbietern verschärfen können. Welche An-

reize das Tarifsysteem konkret setzen wird, hängt vor allem von den Berechnungsmechanismen und weniger vom DRG-System ab.

Wie beeinflusst DRG das noch zu revidierende Krankenversicherungsgesetz?

Portenier: DRGs sind bereits nach dem geltenden Gesetz möglich und werden in Form der so genannten AP DRGs schon in mehreren Kantonen angewendet. Eine breitere und verfeinerte Anwendung wirkt nicht auf die Gesetzesrevision ein. Umgekehrt könnte aber das revidierte Gesetz zur Einführung verpflichten und den Terminplan verbindlich festlegen.

Wann haben die Vorbereitungen für die Einführung von Fallpauschalen für die stationäre Spitalbehandlung begonnen? Was hat sich im Lauf der Verhandlungen verändert?

Portenier: 1983 wurden in den USA erste DRGs für die Spitalfinanzierung eingesetzt. Ab 1998 führte dann in erster Linie die Romandie Versuche mit den bereits weiter entwickelten so genannten AP DRGs durch. Daraus entstand später ein Projekt Swiss DRG 2004, das jedoch im Sand verlief. 2003 fand ein Kick-off-Meeting mit der SanitätsdirektorInnenkonferenz SDK (heute GesundheitsdirektorInnenkonferenz GDK), dem Krankenkassenverband santésuisse, H+ Die Spitäler der Schweiz, den Bundesversicherungen

MTK/IV/MV und der Ärztevereinigung FMH statt. 2004 wurde der Verein gegründet, in den der SBK und die Bundesämter für Statistik und für Gesundheit als Beobachter aufgenommen wurden.

Vorreiterin ist Deutschland:

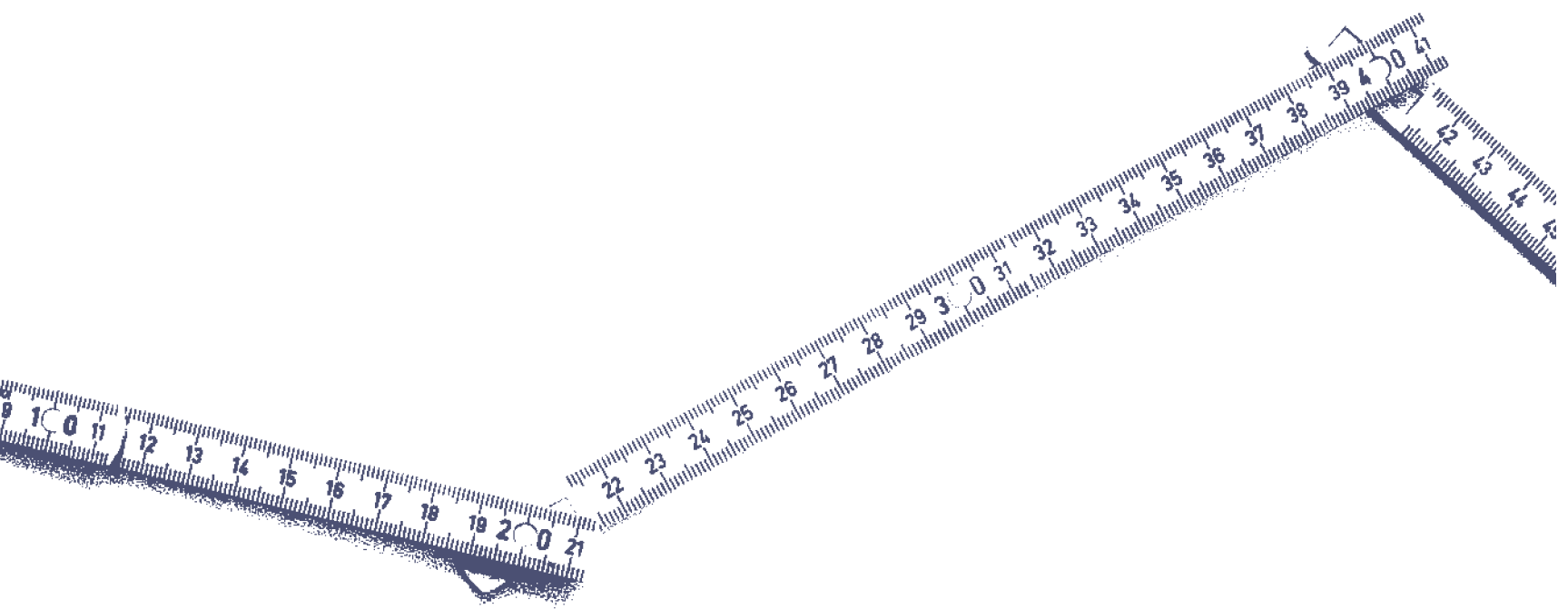
Was hat dieses Land bereits geschafft, wovon der Gesundheitsmarkt Schweiz noch träumt?

Portenier: Noch vor Deutschland haben bereits viele andere Länder mit DRGs experimentiert. Bei den DRG-Anwendern der ersten Stunde in den USA und in Australien ist man bezeichnenderweise zum Teil bereits wieder davon abgekommen. Auch in Deutschland ist man nicht nur glücklich mit den DRGs.

Das hängt einerseits mit den grundlegenden Problemen der westlichen Gesundheitssysteme zusammen: immer bessere und teurere Behandlungen für immer ältere Personen vor dem Hintergrund der Krise im Sozialstaat.

Andererseits haben die heute angewendeten DRG-Systeme noch gravierende Mängel: Die Kürze der Behandlung wird belohnt statt deren Qualität und Nachhaltigkeit, die Auflistung möglichst vieler und möglichst einträglicher Krankheitsdiagnosen statt die effektive Förderung der Gesundheit. Die medizinischen Diagnosen genügen als Indikatoren für den Pflegeaufwand in vielen Fällen nicht. Das deutsche Gesundheits-





wesen kämpft deshalb mit zusätzlichen Problemen, die noch auf uns warten.

Wie sehen die Kernpunkte der Helvetisierung von DRG-Deutschland aus?

Portenier: In erster Linie geht es darum, die Fallgruppierung den Kodierungen für Diagnosen und chirurgische Eingriffe in den Schweizer Spitälern anzupassen. Ich hoffe, dass im selben Zug auch bereits gewisse Mängel behoben werden können.

Worauf basieren die DRG-Werte überhaupt? Sind sie objektiv? Wer garantiert ihre Richtigkeit? Ist das System flexibel und trägt den medizinischen Entwicklungen der nächsten Jahre Rechnung?

Portenier: DRGs basieren auf der mehr oder weniger professionellen Kodierungen der medizinischen Diagnosen nach ICD-10 und chirurgischen Eingriffe nach CHOP. Während sich bei den Eingriffen nur die Frage stellt, ob etwas vergessen oder hinzugemogelt wurde, weist die



medizinische Diagnostik, wie übrigens auch die Pflegediagnostik, einen hohen subjektiven Anteil auf. So gesehen ist nicht nur eine einzige richtige Fallpauschale vorhanden. Es geht darum zu überprüfen, wie gut die Kodierung die Situation erfasst. Zu diesem Zweck steht ein ganzes Instrumentarium zur Verfügung: von der Plausibilitätskontrolle der Angaben (kann sich z.B. ein Mann einer Hysterektomie unterzogen haben?) über statistische Überlegungen (z.B. kodierter Diagnosen pro PatientIn im Vergleich zum Landesdurchschnitt) bis hin zu Kodierkontrollen vor Ort.

Für die medizinische Entwicklung habe ich keine Bedenken. Hingegen gilt es dafür zu sorgen, dass die Pflege und deren Entwicklung sachgerecht abgegolten werden.

Die Spitäler wollen ihre Effizienz steigern: Was bedeutet dies für mich als Patientin? Erhalte ich eine verkürzte Leistung? Werde ich in Zukunft früher aus dem Spital entlassen?

Portenier: Wenn Effizienzsteigerung weniger

Die Trägerschaft

Das privatrechtliche Projekt der Fallpauschalen wird getragen vom Verein Swiss-DRG, dem die schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK, der Verband der Spitäler der Schweiz H+, der Verband der schweizerischen Krankenversicherer santésuisse, die Medizinaltarifkommission MTK als Vertreterin der gesetzlichen Unfall-, der Invaliden- und der Militärversicherung sowie die Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH angehören. Als Beobachter dabei sind der SBK, das Bundesamt für Gesundheit und das Bundesamt für Statistik.

Wartezeiten und weniger ineffektive Zweituntersuchungen bedeuten würden, wäre das in meinem Interesse als Patient. Ebenso kann mir die Entlassung aus dem Spital dienen, statt warten zu müssen, bis der Chefarzt vorbeigekommen ist oder das Bett benötigt wird. Es könnte sein, dass hier Leerläufe eingespart werden. Da hingegen die DRG-Systeme bis heute einzig medizinische Diagnosen und chirurgischen Eingriffe berücksichtigen statt auch Pflegebedarf, Gesundheitsförderung und Behandlungsqualität miteinzubeziehen, besteht effektiv die Gefahr, dass künftig PatientInnen möglichst bald statt möglichst gesund entlassen werden.



Die Pflegeindikatoren sind noch nicht ausgearbeitet, also bleibt es bei Vermutungen: Welche Auswirkung könnte DRG auf das Pflegeteam haben? Verschiebt sich deren Leistung noch mehr vom Praktischen ins Administrative?

Portenier: Kurzfristig wird DRG noch keine Auswirkungen haben. Mittelfristig besteht hingegen die Gefahr, dass die Weiterentwicklung der Pflege für Spitäler uninteressant wird, da eine bessere Pflege – im Gegensatz zu zusätzlichen chirurgischen Eingriffen – den Ertrag nicht steigert. Es könnte sogar so weit kommen, dass sich die Pflege im Spital auf Interventionen in engstem Zusammenhang mit medizinischen Diagnosen und chirurgischen Eingriffen reduziert und Pflege im umfassenden Sinn von Angehörigen oder nachbehandelnden Pflegeteams (Rehabilitation, Spitex usw.) geleistet werden muss.

Der administrative Aufwand erhöht sich vor allem dort, wo die Pflegedokumentation noch mangelhaft ist. Die Informationen aus der Pflegedokumentation sind schon heute auch für

DRG-Systeme von Bedeutung und werden künftig mit Pflegeindikatoren (z.B. NURSING data) noch wichtiger.

Werden Pflegeleistungen wie Hilfe beim Waschen, Ankleiden usw. überhaupt noch bezahlt?

Portenier: Da die Tarifberechnungen bei der DRG-Einführung auf den heutigen Leistungen beruhen, wird auch diese Pflege vorerst in der Pauschale eingerechnet sein. Eine wichtige Aufgabe der Pflege wird es sein, die entsprechenden Indikatoren zur Verfügung zu stellen, damit in den weiteren Helvetisierungsschritten der Pflegeaufwand in die Fallgruppierung eingebaut werden kann. Die so gestaltete Helvetisierung hätte dann gute Chancen, gleich wieder globalisiert zu werden, weil nicht nur die Schweiz, sondern auch Deutschland und viele andere DRG-Anwender an valablen Pflegeindikatoren interessiert sind.

Global betrachtet: Wie verändern DRGs den Pflegeberuf?

Portenier: Direkt wahrscheinlich gar nicht. Indem sie hingegen den Trend zu Hospitalisationsverkürzungen und zu Spitalkonzentrationen unterstützen, tragen sie zu ohnehin anstehenden Veränderungen bei. Ich erwarte vor allem eine gewaltige Aufwertung der ambulanten und der spitalexternen Pflege, in enger Zusammenarbeit mit der stationären Pflege. Sie wird künftig wahr-



scheinlich bereits vor der Aufnahme in einen ersten Kontakt mit PatientIn, Angehörigen und allenfalls bereits Pflegenden treten. Vielleicht wird sie auch systematisch Kontakte nach der Entlassung (Follow-up) planen müssen, da die Zeit zwischen Aufnahme und Entlassung für eine umfassende Pflege zu kurz ist. Vielseitig einsetzbare Pflegefachpersonen werden gefragt sein, welche die PatientInnen gar als Bezugsperson durch verschiedene Behandlungsphasen ambulant-stationär-ambulant begleiten. Es braucht kompetente SpezialistInnen, die PatientInnen und Angehörige auf teils hochkomplexe Situationen und Behandlungen vorbereiten und sie hindurch begleiten.

Spitäler, Spitex und Pflegeheime haben unterschiedliche Tarifsyste. Bleibt dies so? Wie wirkt sich dies auf die Behandlungskette aus? Welche Rolle spielt in Zukunft die Pflegedokumentation?

Portenier: Aus systemischer Sicht wäre es wünschenswert, die Fallpauschale auf die gesamte Behandlung auszudehnen. Das würde am effektivsten die gute und vor allem nachhaltige Behandlung belohnen. Aber wegen den vielfältigen und komplizierten Zusammenhängen zwischen Gesundheit und Krankheit wie zwischen PatientInnen und den Partnern im Gesundheitswesen ist in den kommenden Jahren nicht mit einer Ausweitung des Tarifsystems zu rechnen. Die Abrechnung mit DRG-Fallpauschalen wird sich



einzig auf die stationäre akute Spitalbehandlung beschränken. Neben Spitex und Pflegeheimen werden auch Psychiatrie- und Rehabilitationskliniken weiterhin nach andern Regeln fakturieren. Für die Behandlungskette ebenso wie für die Finanzierung bedeutet dies, dass wie heute bereits üblich Aufwand und Kosten zwischen den verschiedenen Institutionen hin und her geschoben werden, wenn gespart werden soll.

DRGs bringt Vor- und Nachteile für alle Beteiligten. Was ausser dem Sparpotenzial ist die grosse Chance dieses Tarifsystems?

Portenier: Das Sparpotenzial von DRGs erachte ich als gering, das Verlagerungspotenzial als grösser. In den USA zum Beispiel verstärkten DRGs zum Teil die Tendenz, chirurgische Eingriffe vermehrt ambulant durchzuführen. Das führte dazu, dass Anteil und Gewicht der Pflege im Spital stark anstieg, weil nur noch im Spital bleibt, wer aufwändigere Pflege nötig hat. Gleichzeitig wuchs auch die Bedeutung der spitalexternen Pflege für diejenigen, die nach dem Eingriff zwar noch der Pflege bedürfen, aber zu Hause behandelt werden können. Die Pflege wird ihre Rollen selbst- und verantwortungsbewusst wahrnehmen müssen.

Pflege ist nicht bloss das, was ÄrztInnen nicht mehr tun wollen und Angehörige noch nicht können, sondern ein eigenständiger Beruf mit einem

entscheidenden Beitrag zur Gesundheitsförderung, Integration von Krankheit sowie Behandlung im Lebenskontext und Vermeidung von Komplikationen. Auf einer allgemeinen Ebene konnten Studien wie die RICH-Nursing-Studie dieses Potential bereits eindrücklich belegen. DRGs, die Pflegeindikatoren einschliessen, bieten mit ihrer gewaltigen Datenmenge die Chance, diese Aussagen zu vertiefen und die Erkenntnisse in noch bessere Resultate umzusetzen.

Der persönliche Kontakt zwischen Patient und Spital oder Patient und Heim soll sich verbessern. Eine engere Kommunikation bringt Mehraufwand. Zahlt sich dies aus?

Portenier: Der Kontakt wird sich wahrscheinlich vermehrt über die reine Hospitalisation hinaus ausdehnen und individueller den Kundenbedürfnissen anpassen. Dabei wird wahrscheinlich die Pflege als wichtige Visitenkarte der Institution auch bei der so genannten Kundenbindung eine Schlüsselrolle spielen. Neben grossen Chancen in der Berufsentwicklung enthält dieser Trend erhebliches Konfliktpotential, da oberstes Ziel der Pflege sein sollte, so gut zu pflegen, dass sie nie mehr nötig ist, und nicht, die KundInnen möglichst gut an sich zu binden.

So entsteht DRG

Patientengruppierungssysteme teilen die Patientinnen und Patienten aufgrund einer definierten Anzahl von Kriterien in möglichst grosse homogene Gruppen ein. Homogen heisst, dass möglichst alle Glieder einer Gruppe bezüglich Behandlungsaufwand möglichst nahe beieinander liegen. Während zum Beispiel RAI/RUG (Resident Assessment Instrument und Resource Utilization Groups) für Langzeit- und Spitexpflege die Gruppierung aufgrund eines ausführlichen Assessments mit ungefähr 200 Fragen vornimmt, bilden eine definierte Anzahl ärztlicher Diagnosen (nach der internationalen Klassifikation der medizinischen Diagnosen ICD-10) und chirurgischer Eingriffe (in der Schweiz nach der chirurgischen Eingriffsklassifikation CHOP) die Basis für die Gruppierung im Spitaltarifsystem der DRGs. Mit statistischen Berechnungen wird dabei laufend die Qualität der Gruppierung überprüft und das relative Tarifgewicht der einzelnen DRGs bestimmt. Wichtige Kriterien für die Qualität der Gruppierung sind die statistische Verteilung des Behandlungsaufwands innerhalb einer Gruppe und die Anzahl so genannter Ausreisser (englisch: outlier), das heisst Behandlungen, die bezüglich Länge oder auch Gesamtaufwand jenseits des oberen oder unteren Grenzwerts (englisch: trimpoint) liegen. Parallel dazu wird auch die Qualität der Kodierung (Auflistung von Haupt- und Nebendiagnosen und Eingriffen) mit Revisionen kontrolliert.

Literatur zu DRGs

Bereits hat Wolfram Fischer ein DRG-Werkstattbuch herausgegeben. Er beschreibt ausführlich und mit unzähligen Beispielen, wie mit den in DRG-Systemen verfügbaren Daten Betriebe effektiv miteinander verglichen werden können. Mit Grafiken und Karten von Spitallandschaften verdeutlicht er die Komplexität des Themas und macht vor allem deutlich, dass nur vertiefte Analysen zu richtigen Vergleichen führen.

Wolfram Fischer: **Neue Methoden für Krankenhaus-Betriebsvergleiche.**

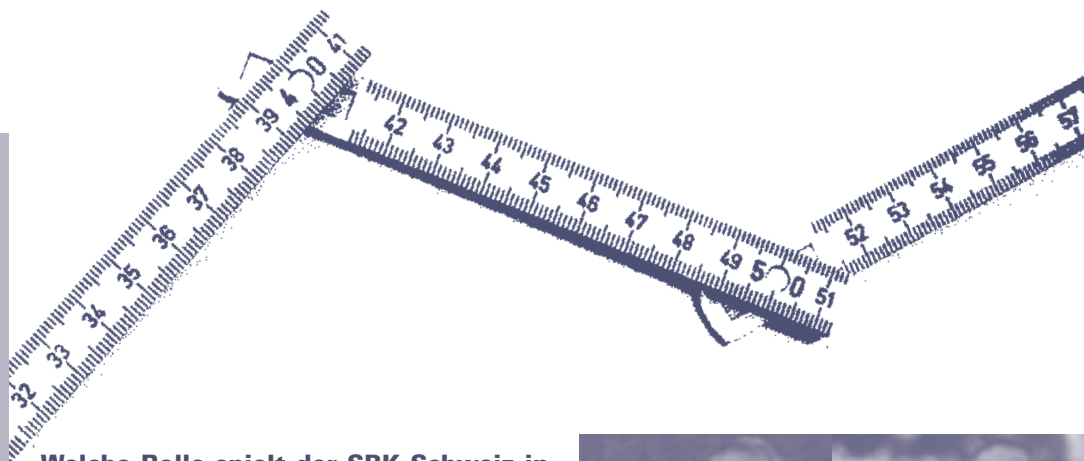
Ein Werkstattbuch zur Visualisierung DRG-basierter Daten. ZIM Verlag)

Weiterhin hoch aktuell und gefüllt mit guten Analysen vor allem für die Pflege ist das Standardwerk zu DRGs und Pflege, welches Wolfram Fischer (unter anderem mit einem Beitrag von Dieter Baumberger, der heute die SBK-Aktivitäten zu SwissDRG leitet) im Huber-Verlag herausgegeben hat.

Wolfram Fischer: **Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege.** Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten.

Ebenso ist seine Homepage <http://www.fischer-zim.ch> eine wahre Informationsgrube.

Aktuelle Informationen zu DRG stehen laufend auf der Homepage des Vereins SwissDRG <http://www.swissdrg.org> zur Verfügung.



Welche Rolle spielt der SBK Schweiz in dieser Thematik?

Portenier: Neben den Ressourcen, die die SBK-Geschäftsstelle Schweiz dafür bereitstellt, hat der SBK eine Expertin und einen Experten aus Pflegewissenschaft und Gesundheitsforschung mit der fachlich fundierten Vertretung in den Swiss DRG-Projektgremien beauftragt. Diesem Einsatz ist es zu verdanken, dass die Absicht, in einer zweiten Helvetisierungsphase Pflegeindikatoren zu prüfen und gegebenenfalls einzubauen, beschlossene Sache und schriftlich festgehalten ist. Zur Zeit laufen die Vorbereitungen für die Aktiengesellschaft, die den Verein SwissDRG in einem Jahr ablösen wird. Wegen dem damit verbundenen hohen finanziellen Risiko verzichtet der SBK darauf, sich daran zu beteiligen. Hingegen setzt er sich mit hoher Priorität dafür ein, dass die Entwicklung der für die Pflegeindikatoren notwendigen Instrumente wie NURSING data entschieden vorangetrieben wird.

Daneben sieht er seine Rolle in der eines kritischen Beobachters und Begleiters der Entwicklung. Ebenso liegt der Geschäftsstelle an der sorgfältigen Information der SBK-Mitglieder auf der Homepage und mit Zeitschriftenartikeln wie demjenigen in der Krankenpflege 9/2006.



Lucien Portenier ist Hausmann und diplomierter Pflegefachmann mit Informatik- und Betriebswirtschaftsstudium, in der SBK Geschäftsstelle Schweiz verantwortlich für die Bereiche Pflegequalität und Pflegefachsprachen/Klassifikationen/Dokumentation.

Gerhard Kocher Vorsicht, Medizin!

**1'555 Aphorismen und Denkanstösse
mit 88 Cartoons von 29 Cartoonisten**

- Wer meint, er sei gesund, braucht dringend Hilfe.
- Frauen werden gefördert, Männer werden befördert.
- Krankenschwestern sind wie deine Schwester, nur netter.
- Vergessen wir nie: In der Medizin geht es um mehr als nur um Leben und Tod: es geht um Franken und Rappen.
- Die Würde des Menschen ist unantastbar, ausgenommen natürlich, er sei Patient.
- Es gibt keine Krankheit, die durch Behandlung nicht verschlimmert werden könnte.
- Nach jedem Krankenhausaufenthalt lebe ich extrem gesund (manchmal drei, ja sogar vier Tage lang!).
- Wer glaubt, Geld sei das Wichtigste im Leben, war noch nie verliebt oder schwerkrank.
- Die Pflege wäre ein Traumberuf, wenn es keine Ärzte gäbe.
- Ohne Fett? Ohne Zucker? Ohne mich!
- Die Schwester-Arzt-Beziehung ist eher noch komplexer als die Patient-Arzt-Beziehung.
- Die häufigste Lüge in der Medizin: Es wird nicht wehtun!
- Die Menschheit hat bisher alle Katastrophen überlebt. Sie wird auch die moderne Medizin überleben.

... und 1'542 weitere Zitate!

*Soeben erschienen und in jeder Buchhandlung erhältlich.
Verlag Ott/h. e. p., Bern, 3. stark erweiterte Auflage 2006,
298 S., 34 Fr.*

Qualität - zum Abschuss frei gegeben?

SwissDRG, Globalbudgets und Kopfpauschalen halten Einzug im Gesundheitswesen. Sie werden nachhaltige Veränderungen für alle Gesundheitsberufe mit sich bringen. Während die einen verstärkten Spardruck und Qualitätsabbau befürchten, freuen sich die anderen auf effizientere Abläufe und bessere Qualitätskontrolle.

Ängste und Erfahrungen im Zusammenhang mit neuen Entschädigungsformen in Spital, Spitex, Heimen, Arztpraxis ...

Irchel-Tagung der SGGP vom Dienstag, 3. Oktober 2006

Universität Zürich-Irchel, 09.00 - 16.30 Uhr

Informationen und Anmeldung:

**SGGP, Postfach 2160, 8026 Zürich. Tel. 043 243 92 20
info@sggp.ch / www.sggp.ch**

**SGGP
SSPS**

Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Société suisse pour la politique de la santé
Società svizzera per la politica della salute
Swiss Society for Health Policy

Huber & Lang – Ihre Fachbuchhandlung in Bern und Zürich

Kompetente Beratung an zentraler Lage! Besuchen Sie uns oder bestellen Sie noch heute:

Tel. 0848 482 482, Fax 0848 483 483 (Normaltarif), contact@huberlang.com, www.huberlang.com



Fritschi, A.:
Schwesterntum
Zur Sozialgeschichte
der weiblichen Berufs-
krankenpflege in der
Schweiz 1850 – 1930
2006. 201 S., Abb., kart.,
CHF 38.– (Chronos)
3-905278-57-X

Der Autor dokumentiert in seinem ausgezeichneten Werk nicht nur die Entwicklung des Krankenpflegeberufs, sondern auch sehr eindrücklich das soziale und politische Umfeld.

Glück, T. / M. Trautmann / H. Prümm:
Infektionskrankheiten von A-Z
2006. 318 S., Tab., kart., CHF 38.40
(Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft)
3-8047-2138-9

Ein «Muss» für alle Pflegekräfte.

Hasseler, M. / M. Meyer:
**Prävention und Gesundheitsförderung –
Neue Aufgaben für die Pflege**
Grundlagen und Beispiele
(Pflegebibliothek)
2006. 191 S., kart., CHF 45.– (Schlütersche)
3-89993-161-0

Hiemetzberger, M.:
**Zwischen Leben und Tod –
Pfleger als Grenzgänger**
Eine Studie zur Pflege hirntoter Menschen
2006. 139 S., kart., CHF 31.70 (Facultas)
3-85076-737-X



Jenrich, H.:
Gesicht wahren
Porträts von Menschen
aus der Altenpflege
2005. 145 S., Abb., kart.,
CHF 31.70 (Mabuse)
3-935964-91-9



Bestellung

Preisänderungen vorbehalten

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ/Ort _____
Datum _____ Unterschrift _____

Gewünschtes Buch ankreuzen, Talon in Blockschrift ausfüllen und an folgende Adresse senden:

Huber & Lang, Hogrefe AG, Fachbücher • Medien • Zeitschriften, Postfach, 3000 Bern 9

Kategorienänderung Mitgliedschaft

Liebe Mitglieder

Änderungen betreffend Kategorienwechsel Mitgliedschaft (mit Kopie Arbeitgeber, Anpassung des Beschäftigungsgrades), bitte bis Ende Jahr 2006, an die zuständige Sektion melden.

SBK Sektion Bern Stellenvermittlung –
die SpezialistInnen in der Pflege

Suchen Sie als Arbeitgeber Personal?

Haben Sie eine Stelle im Pflegebereich anzubieten? Bei uns haben sich Pflegefachleute, Hebammen, BetagtenbetreuerInnen, HauspflegerInnen und PflegeassistentInnen gemeldet, die kurzfristig abrufbar sind oder längerfristig eine Stelle suchen. Zögern Sie nicht, uns anzurufen.

Telefon 031 380 54 60
E-Mail: stellenvermittlung@sbk-be.ch

SBK Stellenvermittlung
Monbijoustrasse 30
3011 Bern

Platzieren Sie doch ein Inserat unter www.sbk-be.ch. Bereits ab einem Betrag von CHF 100 wird Ihr Stelleninserat bei uns aktiviert.

SBK Sektion Bern Stellenvermittlung –
die SpezialistInnen in der Pflege

Suchen Sie eine Stelle?

Schauen Sie doch unter www.sbk-be.ch oder kontaktieren Sie uns:

Telefon 031 380 54 60
Mail: stellenvermittlung@sbk-be.ch

Wir bieten folgende Stellen:

Temporär- und Dauerstellen in verschiedenen Akutspitalern, Pflegeheimen und Spitexorganisationen.



Im Bild mit Bildung

Mit aktuellem Wissen Schlafstörungen erkennen und erholsamen Schlaf fördern

Schlaf – Schlafstörungen – Schlafförderung

9. November 2006

Kursleitung: Jürgen Georg

Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

Schmerz – Grundlagen, Gründe und Gegenmassnahmen

Schmerzen bei alten Menschen

30. November 2006

Kursleitung: Elke Steudter

Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

In Sachen Hygiene auf dem neusten Stand sein gibt Sicherheit

Hygiene – mit aktuellem Wissen auf dem neusten Stand

Basis-Seminar

26. Oktober und 2. November 2006

Kursleitung: Barbara Meyer

Kursort: Tagungszentrum Blumenberg, Schänzlistrasse 33, Bern

Die Pflegenden im Spitexbereich sind immer häufiger mit psychisch kranken Menschen konfrontiert

Pflege von schizophrenen Menschen und Menschen mit wahnhaften Störungen

15. Dezember 2006

Kursleitung: Iris Perle

Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

Ein neues Kursangebot für Fachangestellte Gesundheit, HauspflegerInnen und BetagtenbetreuerInnen

Pflegeplanung

11. Dezember 2006

Kursleitung: Franziska Siegenthaler-Blaser

Kursort: Ausbildungszentrum Insel, Bern

Impressum

Adresse:

SBK Sektion Bern
«Schrittmacherin»
Monbijoustrasse 30
3011 Bern
Tel. 031 380 54 64
Fax 031 380 54 74
E-Mail:
verband@sbk-be.ch
www.sbk-be.ch

Redaktion:

Pierre Hugentobler

Journalistische Mitarbeit:
Alice Baumann

Auflage:

6500 Ex.
Geht an Mitglieder SBK
Sektion Bern und
Interessierte aus
Gesundheit und Pflege

Erscheinungsfrequenz:

3–4x pro Jahr

Bestellen bei:

SBK Sektion Bern
«Schrittmacherin»
Tel. 031 380 54 64

Gestaltung:

in flagranti
werbeagentur bsw
3250 Lyss
www.inflagranti.ch

Druck:

Ediprim AG
2501 Biel

gedruckt auf Edelweiss:
Altpapieranteil 90%

Anmeldung, Detailprogramme, Infos:
SBK Sektion Bern

Monbijoustrasse 30, 3011 Bern

Tel. 031 380 54 64

bildung@sbk-be.ch

www.sbk-be.ch