

Vulnerable Gruppen und DRG

Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen

Oktober 2013

Verfasst durch lic. phil. Martin Abele (Projektleitung) und lic. phil. Nina Blumenfeld (stellvertretende Projektleitung) von gfs-zürich, im Auftrag von Dr. Ruth Baumann-Hölzle (Institutsleitung) und Dr. Andrea Abraham (Projektleitung) vom Institut Dialog Ethik.

Zitierweise:

Abele, M. und N. Blumenfeld 2013: Vulnerable Gruppen und DRG. Schlussbericht einer qualitativen Erhebung bei Hausärzten, Spitex und Heimen zu den Auswirkungen durch die Einführung von Fallpauschalen mit speziellem Fokus auf vulnerable Patientengruppen. Zürich: gfs-zürich.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns für die grosszügige Unterstützung durch die MBF-Foundation, die Teamco-Foundation, die W. Haefner Stiftung, die Otto Gamma Stiftung sowie den simovita-Verein bedanken, die dieses Projekt ermöglicht haben.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| HAUPTRESULTATE IN KÜRZE | 4 |
| I AUFGABENSTELLUNG UND VORGEHEN | 5 |
| II ERGEBNISSE IM DETAIL | 6 |
| 1 Diagnosestellung | 6 |
| 1.1 Abklärungspraxis und Diagnosen | 6 |
| 1.2 Unter- oder Überabklärungen | 6 |
| 2. Hospitalisierung | 7 |
| 2.1 Zuweisungspraxis | 7 |
| 2.1.1 Änderungen der Zuweisungspraxis | 7 |
| 2.1.2 Zuweisungen aus psycho-sozialen Gründen | 7 |
| 2.2 Aufenthaltsdauer und Austrittsverfahren | 8 |
| 2.2.1 Kriterien der Spitäler | 8 |
| 2.2.2 Gesundheitszustand beim Spitalaustritt | 8 |
| 2.2.3 Herausforderungen für Anschlussinstitutionen | 9 |
| 3. Patientenversorgung | 10 |
| 3.1 Versorgung der Patienten in den Spitälern | 10 |
| 3.1.1 Tendenz zu Minimal- bzw. Maximalversorgung | 10 |
| 3.1.2 Zeitdruck und Auswirkung auf vulnerable Patienten | 10 |
| 3.2 Falldenken | 11 |
| 3.2.1 Individuelle Betreuung versus Kostenfaktor | 11 |
| 3.2.2 Allgemeinzustand der Patienten | 11 |
| 3.3 Koordination der Patientenwege | 11 |
| 3.3.1 Zusammenarbeit der Akteure | 11 |
| 3.3.2 Schnittstellen und Übergänge | 11 |
| 4. Selbstbestimmung vulnerabler Patienten | 12 |
| 5. Bewertung der Neusituation mit DRG | 12 |
| 5.1 Verbesserungen | 12 |
| 5.2 Verschlechterungen | 13 |
| 6. Vergleich zur Erstbefragung von 2011 | 14 |
| III ANHANG: FRAGEBOGEN | 16 |

Hauptresultate in Kürze

- a) Allgemein wird berichtet, es habe sich (erstaunlich) wenig geändert in Bezug auf die Abklärungspraxis. Was sich jedoch geändert hat, ist die Länge der Diagnoselisten. Es wird im Zuge der DRG viel detaillierter kodiert, weil man es verrechnen kann. Verschiedene Befragte äussern Bedenken, ob diese umfangreicheren Diagnosen wirklich qualitativ eine Verbesserung bringen.
- b) Mehrere Personen beobachten eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich. Einerseits werden Patienten früher entlassen, andererseits werden sie schneller an ambulante Dienste innerhalb des Spitals übermittlelt. Sie sollen die Station verlassen, sobald dies medizinisch verantwortbar ist. Vor allem für ältere Patienten könne es belastend sein, wenn sie für Zusatzabklärungen erneut anreisen müssen. Ausserdem komme es vor, dass Patienten nach Hause geschickt werden, die besser stationär beobachtet würden.
- c) Die Patientenversorgung ist auch nach Einführung der DRG grundsätzlich adäquat. Manchmal lasse die Körperpflege im Spital zu wünschen übrig.
- d) Interessant ist, dass die befürchteten „blutigen Entlassungen“ und „Karussell-Effekte“ kaum bestätigt werden. Vereinzelt sei die Verfassung der Patienten beim Austritt nicht genügend gewesen.
- e) Heime und Spitex-Dienste sind durch die kurzfristigeren und direktiveren Spitalentlassungen zusätzlich gefordert. Beide konnten das organisatorisch aber auffangen, indem sie ihre Dienste strukturell wie fachlich ausgebaut haben. Die Anforderungen seien gestiegen, aber sie hätten sich darauf eingestellt und entsprechend gehandelt.
- f) Durch die frühzeitigeren Entlassungen und Rückverlegungen stehen die Sozialdienste unter Druck, schnell eine Anschlusslösung zu finden, und sie geben den Druck weiter auf die Heime, was die Abklärung von Alternativlösungen erschwert.
- g) Bezüglich der Schnittstellen und Übergänge werden kaum Veränderungen in Folge der DRG konstatiert. Durch die immer kurzfristigeren Austrittsverfügungen aus dem Spital ist jedoch die Nachbetreuung nicht immer sichergestellt. Die Ärzte stehen vor der Herausforderung, dass die Patienten sehr bald nach dem Spitalaustritt einen Termin benötigen, um die Medikamenteneinnahme zu organisieren. Leider funktioniere die Absprache mit den Spitälern nicht mehr gleich gut wie früher.
- h) Die Einführung der DRG hat zu keiner Veränderung in Bezug auf die Selbstbestimmung von vulnerablen Patienten geführt. Viel entscheidender ist in diesem Zusammenhang das neue Erwachsenenschutz-Gesetz. Dieses habe die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung gestärkt, indem Patientenverfügungen ein grösseres Gewicht erhalten.
- i) Die meisten Befragten sind der Meinung, es funktioniere mit dem neuen System aus Patientensicht gleich gut wie vorher. Viele geben hier ihre Erleichterung zum Ausdruck, dass sich die vor der DRG-Einführung geäusserten Befürchtungen nicht bestätigt haben.
- j) Die grösste Herausforderung des neuen Systems sind die frühen Entlassungen aus dem Spital. Dies einerseits, weil das Risiko von Rehospitalisierungen besteht, und andererseits, weil unter Umständen die Anschlusslösung noch nicht genügend gut organisiert ist. Am häufigsten wird aber bemängelt, dass heute die Kosten zuvorderst stehen und somit der soziale Faktor zu kurz kommt.

I Aufgabenstellung und Vorgehen

Die Aufgabenstellung

Seit dem Jahr 2012 werden die Kosten für Spitalbehandlungen nicht mehr nach Aufwand beim einzelnen Patienten vergütet, sondern als Fallkostenpauschale abgerechnet. Die Patienten werden seither in Kostenkategorien (Diagnoses related Groups, DRG) zusammengefasst und der Aufwand wird über die so genannte „Fallpauschale“ abgerechnet. Die Auswirkungen dieser Änderung waren vor Inkraftsetzung unklar und wurden kontrovers diskutiert. Erfahrungen aus dem Ausland zeigten jedoch, dass gerade die vulnerablen Gruppen, also alte, gebrechliche und behinderte Menschen negativ betroffen sein können. Insbesondere wurde ein Qualitätsabbau vor allem bei der Behandlung und Betreuung dieser besonders sensiblen oder pflegeaufwändigen Patientengruppen befürchtet.

Um die befürchteten und effektiven Auswirkungen zu erfassen, wurde vor der Einführung des neuen Systems und nach einer gewissen Zeitspanne eine qualitative Befragung der zugewandten Dienste (Hausärzte, Spitex, Heime) durchgeführt. Dieser Bericht bezieht sich nun auf die zweite Befragung.

Stichprobe

Vorgesehen waren total 18 Leitfadeninterviews mit Hausärzten, Spitex-Verantwortlichen und Heimverantwortlichen in den Kantonen Zürich, Bern und Basel-Stadt/Land:

| | ZH | | BE | | BS/BL | |
|-----------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|
| | Stadt | Agglo/Land | Stadt | Agglo/Land | Stadt | Agglo/Land |
| Hausärzte | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Spitex | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Heime | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fragebogen

Der Gesprächsleitfaden wurde von Dialog Ethik in Zusammenarbeit mit gfs-zürich erarbeitet. Inhaltlich wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

- Diagnosestellung, Abklärungen
- Hospitalisierung: Zuweisungs- und Austrittsgründe/ Aufenthaltsdauer
- Patientenversorgung (Qualität, Versorgungswege)
- Vor- und Nachteile der DRG

Ein Interview dauerte zwischen 30 und 40 Minuten.

Befragungszeitraum

4. Juni bis 1. Juli 2013

Anmerkungen zum Lesen des Berichtes

Im Bericht wird nur die männliche Form verwendet. Bei allgemeinen Bezeichnungen von Personengruppen (Patienten) sind die Frauen immer mit eingeschlossen.

II Ergebnisse im Detail

| 1 Diagnosestellung

Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und weiteren Faktoren einer Fallgruppe (z.B. Blinddarmoperationen von Kindern) zugeordnet und pauschal vergütet. Im Vorfeld wurde darüber diskutiert, ob das neue System zu sorgfältigeren Abklärungen führt, weil Fehlbeurteilungen teurer werden oder ob es zu Unter- bzw. Überabklärungen führen könnte.

| 1.1 Abklärungspraxis und Diagnosen

Die meisten Befragten sehen keine Veränderung in Bezug auf die Abklärungspraxis durch die Ärzte. Niemand stellt einen Trend zu sorgfältigeren Abklärungen fest, weil Fehlbeurteilungen teurer würden. Zwei Befragte sind hingegen der Meinung, es werde zum Teil ungenügend abgeklärt.

Was sich jedoch geändert hat, ist die Länge der Diagnoselisten. Es wird im Zuge der DRG viel detaillierter kodiert, weil man es verrechnen kann. Dies führt zu langen Diagnoseberichten, die zum Teil viele Jahre zurückgehen. Verschiedene Befragte äussern Bedenken, ob diese umfangreicheren Diagnosen wirklich qualitativ eine Verbesserung bringen:

„Es werden einfach viel mehr Diagnosen gestellt. Beispielsweise werden bei einem 95-jährigen Patienten 13 verschiedene Diagnosen notiert. Der Unterschied zwischen Realität und Diagnose ist gross, denn im Allgemeinen geht es dem Patienten gut. Je mehr diagnostiziert wird, umso mehr darf verrechnet werden.“

| 1.2 Unter- oder Überabklärungen

Allgemein wird berichtet, es habe sich (erstaunlich) wenig geändert in dieser Hinsicht. Es werden weder Unter- noch Überabklärungen seit Einführung der DRG festgestellt. Zum Teil wird positiv gewürdigt, dass nicht mehr so viel abgeklärt wird wie früher. Man sei sich der Konsequenzen von Diagnosen und Behandlungen bewusster geworden, meint eine Spitex-Vertreterin. Ein Arzt findet, es werde heute problemorientierter abgeklärt.

Mehrere Personen beobachten eine Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich. Einerseits werden Patienten früher entlassen, andererseits werden sie schneller an ambulante Dienste innerhalb des Spitals übermittelt. Dies führt zum Teil zu Kritik. Vor allem für ältere Patienten könne es belastend sein, wenn sie für Zusatzabklärungen erneut anreisen müssen. Ausserdem komme es vor, dass Patienten nach Hause geschickt werden, die besser stationär beobachtet würden (Bsp. Verbrennungen oder Verstopfung). Besonders die Spitex erhält dadurch Zusatzaufwand, weil sie neu Behandlungen, wie offene Wunden oder Infusionstherapien übernehmen müssen, die zuvor im Spital erfolgten. Die Spitex-Dienste haben sich allerdings darauf eingestellt und entsprechend aufgerüstet.

| 2 Hospitalisierung

| 2.1 Zuweisungspraxis

2.1.1 Änderungen der Zuweisungspraxis

Man ist sich einig, dass es bei der Zuweisungspraxis vom ambulanten in den stationären Bereich keine Veränderung gegeben hat. Was sich geändert hat ist, dass die Patienten schneller aus dem stationären in den ambulanten Bereich übergeben werden. Jemand meint jedoch, diese Umstellung habe schon früher eingesetzt.

2.1.2 Zuweisungen aus psycho-sozialen Gründen

Darüber, ob Spitaleinweisungen aus psycho-sozialen Gründen unter dem DRG-System möglich sind, gehen die Meinungen auseinander. Einige meinen, die Praxis sei diesbezüglich gleich wie früher, das Verschieben von medizinischen Gründen sei nicht nötig. Andere sind der Ansicht, es sei vor der Umstellung schon schwierig gewesen und sei schwierig geblieben. Es gibt aber auch Stimmen, die die Ansicht vertreten, es sei heute schwieriger, vulnerable Patienten aus psycho-sozialen Gründen in ein Spital einzuweisen. Es brauche immer eine medizinische Diagnose und wenn die medizinischen Gründe nicht mehr indiziert sind, würden die Patienten wieder entlassen.

Besonders skeptisch sind die Spitex-Vertreterinnen:

„Das Verständnis dafür, dass Patienten mit psychischen Diagnosen stationäre Hilfe benötigen, hat abgenommen.“

Jemand berichtet von verzweifelten Angehörigen, die kein Bett für die zu betreuende Person fanden, und die im Spital abgeblitzt sind, weil keine medizinischen Gründe vorlagen:

„Dabei haben die Spitäler die Pflicht, sie mit Pflegeheimtarif aufzunehmen, aber das wissen auch die Spitäler zu wenig“.

Früher habe es genügt, anzugeben, es handle sich um einen Pflegenotfall, das werde in den Spitälern heute nicht mehr so einfach akzeptiert.

Auch Ärzte sehen zum Teil Schwierigkeiten. Die Betten in den Spitälern würden rarer und es sei spitalabhängig, wie kulant in dieser Beziehung vorgegangen werde. Die Berner Ärzte berichten, auch in psycho-geriatrischen Kliniken bestünden Engpässe, zumal viele Patienten mit chronischen Krankheiten dort eingewiesen würden. Die Hoffnung, dass Spitäler als Zwischenstation genutzt werden können, bis ein Bett in einer psycho-geriatrischen Institution frei wird, erfüllt sich nur ungenügend:

„Wenn ich psycho-geriatrische Patienten habe, versuche ich sie zuerst in die Medizin zu schicken, in der Hoffnung, dass sie danach weitergeschickt werden. Oft landen sie aber gleich wieder zu Hause. Das sollte bei einem Patienten, der in eine psycho-geriatrische Klinik gehört, nicht passieren. Aber die DRG werden angewendet, und der Patient bleibt nur so lange in der Medizin, wie verrechnet werden kann, danach geht er direkt wieder nach Hause. Solche Fälle gibt es, es handelt sich aber bislang ganz klar um Einzelfälle.“

Für die meisten Heime ist das keine Frage, weil sie die Patienten entweder aus medizinischen Gründen ins Spital überweisen oder sie direkt in eine Institution für psychisch Kranke einweisen.

| 2.2 Aufenthaltsdauer und Austrittsverfahren

2.2.1 Kriterien der Spitäler

Die Tendenz ist klar: Die Spitäler entlassen die Patienten heute früher, vor allem nach Operationen. Sie sollen das Spital verlassen, sobald dies medizinisch verantwortbar ist. Die Spitäler stünden unter Druck, die Patienten nicht länger als medizinisch notwendig im Spital zu belassen. Das sei natürlich kostenbedingt:

„Der Kostenfaktor steuert ganz fest, wann ein Patient entlassen wird. Sie behalten die Leute nicht länger, als es sich für sie rechnet.“

Kritisiert wird, dass nicht genügend darauf Rücksicht genommen wird, ob der Anschluss gewährleistet ist. Die Patienten würden häufig entlassen, wenn niemand da ist, um die Anschlussversorgung zu organisieren, z.B. am Freitag, wenn auch der Arzt nicht mehr da ist. So komme es zu mehr Rehospitalisierungen. Die Angehörigen seien zum Teil entsetzt. Auch psycho-soziale Gründe werden kaum berücksichtigt, was aber durchaus als richtig angesehen wird, weil die Spitäler hierfür nicht vorgesehen sind.

Heime und Spitex-Dienste sind durch die kurzfristigeren und direktiveren Spitalentlassungen zusätzlich gefordert. Beide konnten das organisatorisch aber auffangen. Eine Spitex-Vertreterin äussert gar mit Stolz:

„Dementsprechend wird auch bei der Spitex aufgerüstet. Komplexere Fälle werden auch zu Hause behandelt, dadurch traut man auch der Spitex mehr zu.“

2.2.2 Gesundheitszustand beim Spitalaustritt

Trotz der tendenziell früheren Entlassung aus dem Spital wird der Gesundheitszustand der Patienten beim Austritt von der Mehrheit der Befragten als adäquat bezeichnet. Interessant ist, dass die befürchteten „blutigen Entlassungen“ und „Karussell-Effekte“ kaum bestätigt werden. Manchmal sei die Verfassung der Patienten beim Austritt nicht genügend gewesen, dabei handle es sich aber um Einzelfälle.

Am wenigsten Kritik äussern die Heimvertreter, obschon sie feststellen, dass verwirrte und delirante Patienten früher zurückkommen. Sie haben in erster Linie ein Interesse daran, dass ihre Bewohner möglichst bald wieder in die gewohnte Umgebung zurückkehren können. Die Aktivierung der alten Menschen sei bei ihnen besser gewährleistet und speziell auch in der terminalen Phase sei es wichtig, dass die Patienten zurück ins Heim können. Da spielt es ihnen keine Rolle, dass die Gesamtverfassung der zurückkehrenden Patienten im Vergleich zu früher zum Teil als weniger gut erlebt wird.

Auch bei der Spitex wird bezüglich des Gesundheitszustandes kein Handlungsbedarf konstatiert. Häufig sei es für die Patienten gut und auch von ihnen gewünscht, frühzeitig wieder in die gewohnte Umgebung zurückkehren zu können. Es liege dann halt in der Verantwortung der Hausärzte, die Patienten „aufzupeppen“. Nur eine Person berichtet von Fällen, in denen es zu Problemen kam, weil die Patienten noch nicht genügend stabilisiert waren, z.B. wenn jemand noch nicht alleine aufstehen konnte und die Spitex noch nicht übernehmen konnte.

Die Ärzte zeichnen das differenzierteste Bild. Während die einen der Ansicht sind, es habe sich nichts geändert, sehen andere durchaus Defizite. Jemand meint:

„Es gibt Patienten, die schon früher hätten entlassen werden können, andere wurden zu früh entlassen wegen der DRG. Je nachdem, wie die Betten ausgelastet sind.“

In manchen Spitälern gebe es eine Tendenz zu frühen Entlassungen, die durch den Bettennotstand begründet sind. Jemand anders findet, medizinisch laufe zwar alles korrekt, aber ältere, vulnerable Patienten brauchten eben mehr Zeit.

Es gebe zwar durchaus Patienten, die gerne länger im Spital bleiben würden, die meisten Patienten wollten aber wohl schon so schnell wie möglich wieder heim. Das sei aber nicht immer sinnvoll. Voraussetzung für eine frühzeitige Heimkehr sei, dass die Patienten gut rehabilitiert sind, dass das Umfeld stimmt, die Angehörigen nicht überfordert sind und die Anschlussbetreuung gewährleistet ist. Eine weitere Grundvoraussetzung sei, dass keine Selbstgefährdung besteht.

2.2.3 Herausforderungen für Anschlussinstitutionen

Alle bestätigen, sie seien grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten nach dem Austritt aus dem Spital ihren beruflichen Qualitätsstandards gemäss zu behandeln und zu betreuen. Ärzte wie Spitex streichen heraus, die Spitex habe mehr Aufgaben übernommen und sich entsprechend angepasst. Sowohl Spitex wie Heime haben ihre Dienste strukturell wie fachlich ausgebaut. Die Anforderungen seien gestiegen, aber sie hätten sich darauf eingestellt und entsprechend gehandelt. So haben sie neue Dienste eingerichtet für die Betreuung kurzfristiger Fälle und die Schulung neuer Techniken (z.B. VAC-Verbände) ausgebaut. An Grenzen stossen die Akteure vor allem bei psychiatrischen Fällen, weil ihnen da häufig noch die Fachkräfte fehlen. Ärzte geraten zunehmend unter Zeitnot, so dass die Zeit knapp wird für Hausbesuche. Ein Arzt bemängelt zudem, dass von den Spitälern zu kurzfristige Verordnungen ausgestellt werden. Das verursache Stress bei den Patienten.

Die Herausforderungen durch die neue Austrittspraxis sind für die verschiedenen Akteure sehr unterschiedlich. Durch die frühzeitigeren Entlassungen und Rückverlegungen sind vor allem die Sozialdienste und die Heime gefordert. Die Sozialdienste stehen unter Druck, schnell eine Anschlusslösung zu finden, und sie geben den Druck weiter an die Heime, was die Abklärung von Alternativlösungen erschwert. Zum Teil wird berichtet, sie müssten sehr kurzfristig Patienten aufnehmen, was sie zu einer Umorganisation zwang (24-Stunden-Präsenz von HF-Personal). Mehrarbeit gibt es für die Heime aber kaum. Sie müssten zwar neue Aufgaben übernehmen (Infusionstherapie, Mobilisation von Frakturen, Verbände, etc.), das hätten sie aber durch entsprechende Weiterbildungen aufgefangen.

Die Ärzte stehen vor allem vor der Herausforderung, dass die Patienten sehr bald nach dem Spitalaustritt einen Termin benötigen, um die Medikamenteneinnahme zu organisieren. Leider funktioniere die Absprache mit den Spitälern nicht mehr gleich gut wie früher. Telefonkontakte seien leider selten geworden. Die meisten Ärzte haben auch Mehrarbeit, weil sie mehr Hausbesuche tätigen und häufiger in Heimen präsent sein müssen, sofern sie diese Aufgaben wahrnehmen. Auch der Austausch mit der Spitex ist intensiver geworden, wohin die Patienten (und die Arbeit) je nach dem weiterdelegiert werden.

Am meisten Mehrarbeit haben die Spitexdienste. Sie mussten sich personell und methodisch neu aufstellen. Zudem müssen sie flexibler agieren, weil der Arbeitsanfall plötzlich oder schubweise kommen kann.

| 3 Patientenversorgung

| 3.1 Versorgung der Patienten in den Spitälern

3.1.1 Tendenz zu Minimal- bzw. Maximalversorgung

Grundsätzlich sind die Gesprächspartner der Meinung, die Patientenversorgung sei auch nach Einführung der DRG adäquat und korrekt. Es gebe aber Unterschiede je nach Spital. Einige vermuten bei öffentlichen Spitälern eher eine Tendenz zur Minimalversorgung und bei Privatspitälern (wie schon früher) eine Tendenz zur Maximalversorgung. Zum Teil sei früher auch zu viel gemacht worden, fügt jemand an. Insgesamt wird aber eher eine Tendenz zur Minimalversorgung konstatiert. Dies äussert sich darin, dass Patienten weniger häufig stationär aufgenommen werden und früher wieder entlassen werden. Zudem werde die Nachsituation nicht immer genügend abgeklärt und die Körperpflege lasse im Spital manchmal zu wünschen übrig. Zwei Zitate:

„Bei älteren und polymorbiden Patienten staune ich, wie diese unbehandelt heimgelassen werden.“

„Was auffällt ist, dass sie rein medizinisch gut behandelt werden, aber pflegerisch schlechter versorgt sind als früher.“

Jemand meint, das sei auch eine Konsequenz der erhöhten administrativen Aufgaben in den Spitälern. Da mehr Zeit für die Erfassung der Diagnosen etc. verloren gehe, habe das Personal weniger Zeit für den einzelnen Patienten.

Es kann also nicht von einer generell schlechteren Versorgung der Patienten in den Spitälern gesprochen werden. In Einzelfällen und bei bestimmten Gruppen kann es aber zu Problemen kommen.

3.1.2 Zeitdruck und Auswirkung auf vulnerable Patienten

Die Frage, ob sich der Zeitdruck der Fachleute unter den DRG erhöht hat, wird sehr unterschiedlich beurteilt. Viele nehmen zwar einen erhöhten Zeitdruck in den Spitälern wahr, führen das aber nicht auf die Einführung der DRG zurück:

„Ich glaube nicht, dass sich der Zeitdruck der Fachleute unter den DRG erhöht hat. Auch bei vulnerablen Patienten ist keine Veränderung spürbar. Fachleute, die sich vorher bereits beklagt haben, tun dies auch nach der Umstellung.“

Einzelne Heimleiter stellen eine gewisse Überforderung der Spitäler mit vulnerablen Patienten fest. Jemand meint, das Ziel einer erhöhten Effizienz führe gerade bei vulnerablen Patienten zu einem grösseren Risiko, dass Sachen übersehen werden, was eine Rehospitalisierung wahrscheinlicher macht. Andere wiederum sind froh, wenn die Patienten rasch zurückkommen, da sie die bessere Pflegequalität offerieren könnten als die Spitäler:

„Es ist besser, wenn die Leute schnell zurückkommen, sobald sie medizinisch stabil sind, damit wir sie pflegen und nicht das Spital.“

Bei Ärzten und Heimen hat sich der Zeitdruck nicht erhöht und der Druck der Spitex-Dienste entsteht in erster Linie aufgrund der knappen Vergütungen durch die Krankenkassen.

| 3.2 Falldenken

3.2.1 Individuelle Betreuung versus Kostenfaktor

Insgesamt sind die Befragten der Meinung, dass die Individualität mit den DRG weiterhin gewährleistet ist, auch wenn die Kosten eine grössere Rolle spielen als früher. Letzteres drückt sich vor allem darin aus, dass die Patienten früher nach Hause geschickt werden. Zum Teil wird vermutet, dass selektiver indiziert wird, so dass Behandlungen, an denen ein Spital mehr verdienen kann, häufiger erfolgen (bestimmte Operationen, Chemotherapie, etc.). Das scheint aber nicht auf erhärteten Fakten zu beruhen. Sicher ist, dass das Kostenbewusstsein mit den DRG weiter gefördert wurde. Das führt auch zu einem höheren administrativen Aufwand, weil ohne präzise Kodierungslisten nicht mehr abgerechnet werden kann:

„Alles wird kodiert, damit es abgerechnet werden kann. Gerade bei alten Leuten sind die Listen manchmal endlos.“

3.2.2 Allgemeinzustand der Patienten

Bezüglich des Allgemeinzustandes der Patienten gibt es einige kritische Stimmen. Zwar werde dieser grundsätzlich weiterhin genügend im Blickfeld behalten, zum Teil wird aber beklagt, die Fokussierung auf das Medizinische habe zur Folge, dass weitere Faktoren zu wenig berücksichtigt würden. Es wird von Einzelfällen berichtet, in denen der Gesamtzustand der Patienten ungenügend abgeklärt wurde. So genüge es nicht, dass die Lungenentzündung kuriert ist, wenn der Patient noch zu schwach ist, um aufzustehen. Erneut wird auch verschiedentlich darauf hingewiesen, dass von Seiten der Spitäler zu wenig darauf geachtet wird, dass die Nachfolgelösungen dem Zustand des Patienten angepasst organisiert sind. Auch das ist aber kein generelles Problem, sondern etwas, das fallweise vorkommen kann.

Die stationäre Behandlung von Zusatzdiagnosen bei vulnerablen Patienten ist weiterhin möglich. Schwierig kann es für demente Patienten werden, da die Spitäler nicht alle genügend auf deren Bedürfnisse vorbereitet sind. Verschiedentlich wird eine vermehrte Abschiebung in den ambulanten Bereich konstatiert, was für ältere Patienten belastend sein kann.

| 3.3 Koordination der Patientenwege

3.3.1 Zusammenarbeit der Akteure

Die Zusammenarbeit der einzelnen Akteure wird insgesamt als gut beurteilt. Es herrsche kein Konkurrenzverhältnis. Jemand meint, alle seien überlastet, das zwingt geradezu zur Zusammenarbeit. Ein Arzt sieht auch einen Vorteil in der neuen Situation:

„Weil die Kliniken stärker unter Druck geraten, voll belegt zu sein, bemühen sie sich stärker um uns Hausärzte.“

Vorbehalte werden allenfalls bei den Sozialdiensten angebracht, die je nach Region und Ort nicht immer in der Lage seien, die beste Lösung in Absprache mit den Spitexdiensten, Hausärzten oder Heimen zu treffen. Ein Problem seien auch die kurzfristigen Entscheide zu Rückverlegungen. Das erschwert es dem Heim, die eigene Auslastung wirtschaftlich optimal zu organisieren.

3.3.2 Schnittstellen und Übergänge

Bezüglich der Schnittstellen und Übergänge werden kaum Veränderungen in Folge der DRG konstatiert. Ein Problem sind die immer kurzfristigeren Austrittsverfügungen aus dem Spital, weil

die Nachbetreuung dadurch nicht immer gewährleistet ist. Für Ärzte sind z.B. Austritte an Freitagen sehr schwierig, weil sie dann nicht mehr alles rechtzeitig organisieren können. Die Spitex ist da flexibler. Im Kanton Bern gibt es offenbar die Tendenz, dass mehr Patienten in die Reha oder an ambulante Dienste weiterverwiesen werden, ohne die Hausärzte zu kontaktieren. Das kann zu Doppelspurigkeiten führen. In der Region Basel gibt es zum Teil Probleme mit den Überweisungsformularen und Unterlagen, die nicht mehr direkt an die Ärzte geliefert werden.

Einige stellen auch Verbesserungen fest. Mehrere meinen, mit den DRG habe sich die Kommunikation mit den Spitälern verbessert. Es sei zwar immer noch schwierig, in grossen Spitälern die richtige Ansprechperson zu finden, aber tendenziell sei eine positive Entwicklung zu beobachten.

Sehr positiv äussern sich einige Befragte zu den Case Managern, die jedoch erst bei einem kleinen Prozentsatz der Fälle (rund 20%) involviert sind:

„Wo es Case Manager gibt, gab es eine Verbesserung. Diese klären besser ab, haben einen anderen Blickwinkel. Die DRG führen dazu, dass Case Manager notwendig sind.“

Ebenfalls positiv erwähnt werden Plattformen im Internet, in denen sich Dienstleister vernetzen, und mobile Ärztedienste, die neu aufgekommen sind.

4. Selbstbestimmung vulnerabler Patienten

Die Einführung der DRG hat zu keiner Veränderung in Bezug auf die Selbstbestimmung von vulnerablen Patienten geführt. Viel entscheidender ist in diesem Zusammenhang das neue Erwachsenenschutz-Gesetz. Dieses habe die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung gestärkt, indem Patientenverfügungen ein grösseres Gewicht erhalten.

„Mit dem neuen Erwachsenenschutz-Gesetz ist die Selbstbestimmung der Patienten sehr gestärkt worden. Je früher sich jemand damit auseinandersetzt, umso eher kann man auch selber bestimmen, auch zum Beispiel bei späterer Demenz.“

Somit wird das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht zwar mehrheitlich positiv beurteilt, löst aber auch zwiespältige Reaktionen aus. Einige weisen darauf hin, dass es sich dabei zuweilen um eine Schein-Wahlfreiheit handelt, weil es sehr darauf ankommt, ob rechtzeitig eine Patientenverfügung erlassen wurde und ob die Patienten sich noch äussern können:

„Wer geistig fit ist, kann im Rahmen der Möglichkeiten mitbestimmen. Bei nicht bestätigter Demenz bei Patienten, die nur noch in ihren Tagesstrukturen funktionieren können, wird es zunehmend schwierig mit dem neuen KES.“

Eine andere befragte Person ortet grundsätzliche Probleme beim neuen Gesetz:

„Das neue Erwachsenenschutzrecht verunsichert. Niemand weiss mehr, wer wofür zuständig ist, vorallem bei den Sozialdiensten. Auch die Patienten sind überfordert. Es gibt keine Stelle, die dies auffängt, Ärzte weisen oft die Verantwortung mit Hinweis auf den neuen Erwachsenenschutz zurück.“

5. Bewertung der Neusituation mit DRG

5.1 Verbesserungen

Die meisten Befragten sind der Meinung, es funktioniere mit dem neuen System aus Patientensicht gleich gut wie vorher. Viele geben hier ihre Erleichterung zum Ausdruck, dass sich die vor der Einführung der DRG geäusserten Befürchtungen nicht bestätigt haben:

„Es ist alles viel weniger gravierend als befürchtet. Alles läuft nach wie vor sehr gut. Ist alles eine Frage der Kommunikation.“

Insbesondere die Heim-Vertreter äussern sich in dieser Richtung und sind mit der heutigen Situation zufrieden. Als Vorteil streichen einige von ihnen heraus, dass die Bewohner schneller wieder zurückkommen, was in ihren Augen im Sinne der Patienten ist. Jemand sieht als weiteren Vorteil, dass sie sich im Heim nun mehr zutrauen und sie dadurch auch eher bereit sind, schwierige Fälle zu übernehmen.

Auch die Spitexdienste haben als Folge der DRG ihre Angebote ausgebaut. Gelobt werden die klareren Abklärungen und die gut organisierten und effizienten Abläufe. Jemand sagt, sie sei froh, dass sich die befürchteten blutigen Entlassungen nicht bestätigt haben, und zieht eine eher positive Bilanz.

Ärzte sehen in der Mehrzahl weiterhin eine korrekte medizinische Behandlung. Positiv erwähnt werden die kürzere Aufenthaltsdauer in den Spitälern, die Effizienzsteigerung und Optimierung, die bessere Koordination der Abklärungen und der Schnittstellenarbeit. Es gibt aber auch kritische Stimmen: für vulnerable Patienten habe sich nichts verbessert und in Einzelfällen seien die Entlassungen zu früh erfolgt.

„Es hat sich grundsätzlich nicht viel geändert. Befürchtungen haben sich nur in Einzelfällen bewahrheitet. Die Einzelfälle sollten sich aber nicht mehren.“

| 5.2 Verschlechterungen

Die frühen Entlassungen aus dem Spital sind organisatorisch die grösste Herausforderung des neuen Systems. Dies einerseits, weil das Risiko von Rehospitalisierungen besteht, und andererseits, weil unter Umständen die Anschlusslösung noch nicht genügend gut organisiert ist. Am häufigsten wird aber bemängelt, dass heute die Kosten zuvorderst stehen und somit der soziale Faktor zu kurz kommt:

„Problematisch ist die ethisch-moralische Komponente, weil man nur noch ein Kostenfaktor oder Fall ist und nicht mehr Mensch.“

Der Spardruck in den Spitälern führt auch zu Personalknappheit, was sich wiederum gerade bei vulnerablen Patienten negativ auswirken kann, weil sie mehr Pflege benötigen. Besonders Heim-Vertreter berichten von einer Verschlechterung der Grundpflege. Für sie sind auch die kurzfristigen Entlassungs- und Verlegungs-Entscheidungen mitunter schwierig.

Spitex-Vertreter bedauern am stärksten den spürbaren Fokus in den Spitälern auf die Kosten, auch wenn es für sie interessanter geworden ist, weil sie mehr übernehmen können. Im Kanton Zürich wird zudem offenbar bei der Übergangspflege (Reha, Therapien) gespart, im Kanton Bern scheint das anders zu sein, dort gibt es mehr Reha-Überweisungen.

Von der Seite der Ärzte gibt es am meisten Stimmen dazu, dass die Kommunikation durch die Spitäler mit dem nachbetreuenden Umfeld zu verbessern wäre:

„Das Spital müsste früher kommunizieren, wenn es Entlassungen gibt. Das war vorher auch schon nicht optimal, jetzt mit den schnellen und plötzlichen Entlassungen wird die Kommunikation zwischen Spital und Hausarzt bzw. Spitex noch wichtiger.“

Ein Thema ist weiter die Tendenz zu vermehrten ambulanten Behandlungen. Das wird zum Teil begrüsst, zum Teil wären aber auch stationäre Behandlungen angezeigt (jemand erwähnt das Beispiel Darmspiegelungen älterer Patienten).

6. Vergleich zur Erstbefragung von 2011

Die Befragungen vom Sommer 2011 beleuchteten einerseits den Ist-Zustand nach dem damaligen Verrechnungssystem und gingen andererseits im Sinne eines Ausblicks ein auf Erwartungen und Befürchtungen im Zusammenhang mit der auf Januar 2012 vorgesehenen Umstellung auf die SwissDRG.

Schon vor 2012 gab es kritische Punkte, was die Versorgung vulnerabler Patienten in den Spitälern und den Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich anbelangt. So wurde bereits damals festgestellt, dass die zeitliche Kapazität der Spitäler zunehmend knapper wird, was den Bedürfnissen der vulnerablen Patienten zuwiderlaufe. Weiter bemängelte man schon damals die zuweilen sehr kurzfristige Information und mangelnde Absprache beim Austritt aus dem Spital. Es wurde kritisiert, dass nicht genügend darauf Rücksicht genommen wird, ob der Anschluss gewährleistet ist. Alle Befragten fühlten sich aber grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten ihren beruflichen Qualitätsstandards entsprechend weiterzubetreuen.

Vom neuen System versprach man sich in erster Linie eine bedarfsgerechte und transparente Finanzierung. Ausserdem erhoffte man sich:

- Sinkende Kosten, ausgeglichene Kosten pro Fall
- Sorgfältigere Abklärungen, weil Fehlbeurteilungen teuer werden
- Effizientere Patientenwege
- Bessere Vernetzung unter den Stakeholdern
- Aufwertung der Hausärzte (wenn sie präzise Diagnosen und Nebendiagnosen stellen bringen sie dem Spital Geld)
- Umdenken im Machbarkeitswahn, weniger „unnötige“ Behandlungen
- Aufdeckung von Lücken im System (werden offensichtlich)
- Spannenderes Arbeitsfeld für Spitex (auch Akutbehandlungen)
- Frühere Heimkehr der Bewohner ins Heim

Gleichzeitig wurde befürchtet, dass die Patienten zum reinen Kostenfaktor verkommen, dass also die Ökonomie dermassen im Vordergrund steht, dass es zu Qualitätseinbussen kommt. Gerade bei komplexen Patienten bestünde die Gefahr, dass man ihnen nicht mehr gerecht wird, wurde vorgebracht. Es könnte so zu Karussell-Effekten kommen, indem bei zu früher Entlassung der Patient bald wieder zurück im Spital ist. Weitere Befürchtungen waren:

- Individualität geht verloren
- Übermässiger Zeitdruck
- Nicht mehr in jedem Fall adäquate Behandlung
- Schnittstellen könnten leiden, wenn es immer schneller gehen muss

Die einzelnen Akteure hatten auch Angst, sie könnten gegeneinander ausgespielt werden:

- Hausärzte befürchten, dass eine Lawine an Arbeit auf sie zukommt, die sie nicht bewältigen können, zumal es schon jetzt einen Mangel an Hausärzten gebe. Wer übernimmt die Aufgaben, wenn mehr in den ambulanten Bereich übertragen wird?
- Spitex haben Angst vertrieben zu werden zwischen den verschiedenen Kostenfinanzierern
- Heime und Spitex erwarten neue technische und personelle Herausforderungen für den Fall, dass Patienten früher entlassen werden (z.B. Infusionstherapien)

Alle prognostizierten, dass die Patienten nach der Umstellung tendenziell früher aus dem Spital entlassen werden. Die Meinungen darüber, ob dies nun gut oder schlecht ist, waren aber geteilt.

Welche Erwartungen und Befürchtungen haben sich nun bestätigt?

Interessanterweise ist der Grundtenor heute, eineinhalb Jahre nach Einführung der DRG, es habe sich durch die Systemeinstellung wenig Wesentliches verändert. Einige Entwicklungen, wie die Tendenz zu früheren Entlassungen hätten im Übrigen schon vor der Umstellung eingesetzt.

a) Diagnose- und Abklärungspraxis

Die Hoffnung, das neue System führe zu sorgfältigeren Abklärungen, weil Fehlbeurteilungen teurer würden, hat sich nicht erfüllt. Es gab lediglich eine Verlagerung zu umfangreicheren Diagnoselisten. Man beobachtet auch keine Tendenz zu Über- oder Unterabklärungen. Zum Teil ist man aber der Meinung, es werde gezielter abgeklärt, was durchaus im Sinne der Patienten ist.

b) Patientenorientierung versus Kostendenken

In dieser Frage sind sich die Befragten nicht sicher, wie sie die Lage beurteilen sollen. Tendenziell überwiegt der Eindruck, das Kostendenken habe zwar zugenommen, die Patienten verkämen aber nicht zum reinen Kostenfaktor. Es wird aber dennoch bedauert, dass heute die Kosten zuvorderst stehen und somit der soziale Faktor zu kurz kommt. Die Befürchtung, die individuelle Betreuung werde vernachlässigt wurde klar nicht bestätigt.

c) Patientenwege, Schnittstellen und Koordination der Akteure

Die Hoffnung, dass die Patientenwege effizienter werden und sich die Stakeholder stärker vernetzen, hat sich teilweise bestätigt. Zwar sagen auch viele Befragte, die Situation sei gleich wie früher, es gibt aber auch Stimmen, die finden, man arbeite gerade wegen den kürzeren zeitlichen Abläufen besser zusammen. Die aufgrund der kurzfristigeren Spitalentlassungen entstandenen Schnittstellenprobleme führten dazu, dass die nachbetreuenden Institutionen ihre Organisation optimiert haben.

d) Austrittsregelung, Karussell-Effekte

Über Karussell-Effekte wird nur ganz vereinzelt berichtet. Das ist vielleicht der überraschendste Befund dieser Studie. Die Patienten würden zwar früher aus dem Spital entlassen, in der Regel aber in einem genügenden medizinischen Zustand, so dass die Anschlussbetreuung durch die Hausärzte, Spitex oder das Heim gewährleistet werden kann, sofern diese rechtzeitig geregelt wurde. Hier haben sich die Befürchtungen zum Teil bestätigt, indem nicht immer genügend abgeklärt wurde, ob eine Anschlusslösung bereit steht. Die sehr kurzfristigen Entlassungen stellen die weiterbetreuenden Institutionen zuweilen vor Probleme.

e) Stärkung der Hausärzte, Heime und Spitex-Dienste

Hier haben sich die Hoffnungen eher bestätigt. Die Hausärzte beklagen zwar immer noch, bei den Entscheidungen der Spitäler zu wenig einbezogen zu werden, und es gebe Mängel bei der Kommunikation und Dokumentation. Es gibt aber auch Stimmen, die feststellen, dass sich Kliniken mehr um die Hausärzte bemühen, weil sie selber bei der Bettenbelegung im Konkurrenzkampf stehen. Die Heime und Spitex-Dienste haben die Herausforderung angenommen und ihr Aufgabengebiet erweitert. Sie können entsprechend nun mehr Leistungen anbieten. In den Heimen stellt man erfreut fest, dass sich die Erwartung, dass die Patienten früher zurückkommen, erfüllt hat.

III Anhang: Fragebogen

Gesprächspartner: _____

Institution: _____

Datum, Uhrzeit: _____

Interviewer(in): _____

Gesprächsleitfaden

Vorbemerkung

Besten Dank für Ihre Bereitschaft, an dieser Erhebung teilzunehmen. Wir führen diese Umfrage im Namen des Interdisziplinären Instituts für Ethik im Gesundheitswesen der Stiftung Dialog Ethik durch. Selbstverständlich werden Ihre Angaben anonym behandelt. Wir werden die Daten so auswerten, dass keine Rückschlüsse auf Sie oder Ihre Institution möglich sein werden.

Seit dem Jahr 2012 werden die Kosten für Spitalbehandlungen nicht mehr nach Aufwand beim einzelnen Patienten vergütet, sondern als Fallkostenpauschale abgerechnet. Die Patienten werden in Kostenkategorien (Diagnoses related Groups, DRG) zusammengefasst und der Aufwand wird über die so genannte „Fallpauschale“ abgerechnet. Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Auswirkungen des neuen Abrechnungssystems auf die vulnerablen Patientinnen und Patienten.

Die Studie ist so aufgebaut, dass vor und nach der Einführung des neuen Systems je rund 18 Experten zu ihren Erfahrungen im Umgang mit vulnerablen Patienten befragt werden. Wir haben die Personen so ausgesucht, dass die drei Bereiche Hausärzte, Spitex und Heime abgedeckt sind. Diese erfassen alle einen wichtigen Teil der Versorgung vulnerabler Patienten und können auch von ihren Erfahrungen mit der Einweisung in Spitäler berichten.

Dies ist die Zweitbefragung zur Beurteilung, wie sich das System nach der Einführung tatsächlich ausgewirkt hat. Uns interessiert, welche Erwartungen und Befürchtungen sich bestätigt haben und welche nicht.

1 Diagnosestellung

Was denken Sie: Führen die DRG zu sorgfältigeren Abklärungen, weil Fehlbeurteilungen teurer werden? Machen Sie die Erfahrung, dass präzisere Diagnosen und Nebendiagnosen durch die Ärzte gestellt werden?

Haben Sie die Erfahrung gemacht, dass die DRG zu Unter- oder Überabklärungen führen? Gibt es dank den DRG weniger oder mehr „unnötige“ Behandlungen? Werden allenfalls angezeigte Behandlungen weggelassen?

2 Zuweisungs-Praxis

Wie steht es um die Zuweisungs-Praxis? Erfolgen die Zuweisungen vom ambulanten in den stationären Bereich heute anders als vor der System-Umstellung? Wenn ja: was hat sich geändert?

Können vulnerable Patienten unter den DRG auch aus psychosozialen Gründen zugewiesen werden? Werden heute seltener medizinische Gründe vorgeschoben oder ist das häufiger geworden?

3 Qualität

Wie schätzen Sie die Versorgung der Patienten in den Spitälern ein: sind die Behandlungen unter den DRG adäquat? Oder gibt es eine Tendenz zur Minimal- bzw. Maximalversorgung?

Hat sich der Zeitdruck der Fachleute unter den DRG erhöht? Was bedeutet das für vulnerable Patienten?

4 Versorgungswege

Verlaufen die Patientenwege gut koordiniert und effizient? Arbeiten die einzelnen Akteure gut zusammen oder stehen sie in einem Konkurrenzverhältnis zueinander?

Wie steht es um die Schnittstellen? Haben sich die Übergänge verbessert oder verschlechtert oder ist es vergleichbar mit früher? Stellen Sie Mängel fest bei der Koordination der Anschluss- und Übergangsbetreuung oder können mit den DRG sogar durch eine bessere Vernetzung unter den Stakeholdern Lücken im System geschlossen werden?

5 Falldenken

Wie hat sich die Philosophie in den Spitälern in Bezug auf den einzelnen Patienten entwickelt: Ist auch mit den DRG die Individualität gewährleistet oder verkommen die Patienten wie befürchtet zum reinen Kostenfaktor?

Wird der Allgemeinzustand der Patienten weiterhin genügend im Blickfeld behalten oder stellen Sie negative Entwicklungen aufgrund des Fokus auf Haupt- und Nebendiagnosen fest? Ist die stationäre Behandlung von Zusatzdiagnosen bei vulnerablen Patienten weiterhin möglich?

6 Austrittsregelung und Anschlussbetreuung

Was hat sich in Bezug auf die Aufenthaltsdauer und festgelegte Austrittszeitpunkte verändert? Gibt es die befürchteten „blutigen Entlassungen“ und „Karussell-Effekte“ tatsächlich?

Wie beurteilen Sie heute den Gesundheitszustand von besonders sensiblen und pflegebedürftigen Patientengruppen beim Austritt aus dem Spital? Könnten sie aus Ihrer Sicht heute bereits früher entlassen werden oder sollten sie sogar eher länger im Krankenhaus betreut werden?

Fühlen Sie sich heute grundsätzlich in der Lage, die vulnerablen Patienten nach dem Austritt aus dem Spital Ihren beruflichen Qualitätsstandards gemäss zu behandeln und zu betreuen?

Dient es den Patienten grundsätzlich, wenn sie früher in ihre vertraute Umgebung zurückkehren können?

Haben Sie heute mehr Arbeit mit aus Spitälern entlassenen Patienten als früher? Welche neuen medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und personellen Herausforderungen haben sich für Ihre Institution durch die neue Austrittspraxis aufgrund der DRG ergeben?

7 Selbstbestimmung

Wie steht es um die Selbst- und Mitbestimmungsmöglichkeiten von vulnerablen Patienten in Bezug auf die Behandlungs-, Betreuungs- und Unterbringungsform heute?

Hat sich durch die DRG die diesbezügliche Situation für vulnerable Patienten verändert? Wenn ja: was konkret?

8 Rückblick auf grundsätzliche Neusituation durch die SwissDRG

Wie bewerten Sie jetzt, eineinhalb Jahre nach der Einführung grundsätzlich das neue System aus dem Blickwinkel der vulnerablen Patientengruppen? Was hat sich verbessert, was hat sich verschlechtert?



Dialog Ethik - Interdisziplinäres Institut
für Ethik im Gesundheitswesen
Schaffhauserstrasse 418
CH-8050 Zürich
Tel. 044 252 42 01
info@dialog-ethik.ch
www.dialog-ethik.ch



gfs-zürich
Markt- und Sozialforschung
Riedtlistrasse 9
CH-8006 Zürich
Tel. 044 361 51 00
gfs@gfs-zh.ch
www.gfs.ch