

# Pflegerecht

Pflegerecht – Pflegewissenschaft

2 Inwieweit bestimmen Patienten noch über ihre Daten?

Ursula Uttinger

9 Führt SwissDRG zu einer Minderversorgung vulnerabler Patientengruppen?

Agnes Leu, Thomas Gächter, Bernice Elger

15 Versorgungspflicht öffentlicher Spitex-Organisationen und ökonomische Implikationen

Patrick Zenhäusern, Stephan Suter, Stephan Vaterlaus

23 Strafrecht und Pflege – eine Übersicht und Betrachtung von Abhängigkeitsverhältnissen

Julian Mausbach

32 Forum Kinderspitex



Stämpfli Verlag

1 | 15

## Inhalt

|                   |    |                      |    |
|-------------------|----|----------------------|----|
| EDITORIAL .....   | 1  | GESETZGEBUNG .....   | 54 |
| WISSENSCHAFT..... | 2  | RECHTSPRECHUNG ..... | 60 |
| FORUM.....        | 32 | NEUIGKEITEN.....     | 64 |

## Impressum

### Schriftleiter

Prof. Dr. Hardy Landolt, LL.M.  
Landolt Rechtsanwälte  
Schweizerhofstrasse 14, Postfach, 8750 Glarus  
Tel. 055 646 50 50, Fax 055 646 50 51  
E-Mail: redaktion@pfleregerecht.ch  
www.pfleregerecht.ch

Adressänderungen und Inserataufträge sind ausschliesslich an den Stämpfli Verlag AG, Postfach 5662, 3001 Bern, zu richten. Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Der Verlag behält sich alle Rechte am Inhalt der Zeitschrift «Pfleregerecht» vor. Insbesondere die Vervielfältigung auf dem Weg der Fotokopie, der Mikrokopie, der Übernahme auf elektronische Datenträger und andere Verwertungen jedes Teils dieser Zeitschrift bedürfen der Zustimmung des Verlags. Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich, im Februar, Mai, August, November.

### Abonnementspreise 2014

AboPlus (Zeitschrift und Onlinezugang)

– Schweiz: CHF 104.–

– Ausland: CHF 116.–

Onlineabo: CHF 84.–

Einzelheft: CHF 22.– (exkl. Porto)

Die Preise verstehen sich inkl. 2,5% resp. für Onlineangebote 8% MwSt.

### Abonnemente

Tel. 031 300 63 25, Fax 031 300 66 88

E-Mail: periodika@staempfli.com

### Inserate

Tel. 031 300 63 89, Fax 031 300 63 90

E-Mail: inserate@staempfli.com

© Stämpfli Verlag AG Bern 2015

Gesamtherstellung: Stämpfli AG, Bern  
Printed in Switzerland,  
Printausgabe ISSN 2235-2953  
Onlineausgabe ISSN 2235-6851

## Herausgeber

### Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungs- sowie Gesundheitsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar in Glarus

Gemeinsam mit:

### Iren Bischofberger

Prof. Dr., Prorektorin der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit und Fachbereichsleiterin Forschung bei Careum F+E, Forschungsinstitut der Kalaidos FH Departement Gesundheit, Zürich

### Brigitte Blum-Schneider

MLaw, Doktorandin SNF an der Universität Zürich

### Peter Breitschmid

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich

### Christiana Fountoulakis

Prof. Dr. iur., Professorin an der Universität Freiburg

### Thomas Gächter

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich, zugleich Kompetenzzentrum MERH UZH

### Stephanie Hrubesch-Millauer

Prof. Dr. iur., Professorin an der Universität Bern

### Ueli Kieser

Prof. Dr. iur., Vizedirektor am Institut für Rechtswissenschaften und Rechtspraxis an der Universität St. Gallen,

Titularprofessor an der Universität St. Gallen, Lehrbeauftragter an der Universität Bern, Rechtsanwalt in Zürich, Ersatzrichter am Verwaltungsgericht des Kantons Zürich

### Tanja Manser

Prof. Dr. phil., Direktorin des Instituts für Patientensicherheit an der Universitätsklinik Bonn

### Julian Mausbach

Dr. iur., Geschäftsführer Kompetenzzentrum MERH UZH, Zürich

### Peter Mösch Payot

lic. iur., LL.M., Dozent am Institut Sozialarbeit und Recht der Hochschule Luzern

### Kurt Pärli

Prof. Dr. iur., Dozent und Leiter Zentrum für Sozialrecht der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften sowie Privatdozent an der Universität St. Gallen

### René Schwendimann

Dr. sc. cur., Leiter Bereich Lehre am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel

# Führt SwissDRG zu einer Minderversorgung vulnerabler Patientengruppen?



**Agnes Leu**

Dr. iur., Universität Basel, Institut für Bio- und Medizinethik & Careum Forschung, Zürich



**Thomas Gächter**

Prof. Dr. iur., Universität Zürich, Lehrstuhl für Staats-, Verwaltungs- und Sozialversicherungsrecht



**Bernice Elger**

Prof. Dr. med., Universität Basel, Institut für Bio- und Medizinethik

## Inhaltsübersicht

- I. Einleitung und Problemstellung
- II. Fallpauschalen in der Schweiz
- III. Aktuelle Studie
- IV. Methode und Beschränkungen
- V. Ergebnisse
  - A. Vulnerable Patientengruppen im Spitalalltag
  - B. Veränderungen nach der Einführung von SwissDRG
  - C. Katalysatorwirkung von SwissDRG
  - D. Gefahr einer Minderversorgung
  - E. Konkrete Massnahmen der Spitäler
  - F. Konsequenzen und Lösungsansätze
- VI. Ausblick

## I. Einleitung und Problemstellung<sup>1</sup>

Angebot und Qualität der stationär angebotenen medizinischen Leistungen, die zulasten der Sozialversicherungen erbracht werden, gehören zu den zentralen sozialstaatlichen Errungenschaften. Zugleich sind sämtliche Gesundheitssysteme im OECD-Raum mit überproportional wachsenden Gesundheitsausgaben konfrontiert. Einer der Wege, die zur Kostenkontrolle und zugleich zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung beschränkt werden, ist die Einführung von Fallpauschalen. Auch die Schweiz hat sich für diesen Weg entschieden.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wir danken dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) für die Unterstützung des Gesamtprojekts (siehe Fn. 2) und den 43 Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für ihre Zeit. Ein Dank gebührt auch dem Forschungsfonds der Universität Basel für die personenbezogene Förderung der Erstautorin.

<sup>2</sup> Siehe Ziff. II.

Mit Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz wurde – wie bei der Implementierung von G-DRG in Deutschland vor über zehn Jahren – eine *Verschlechterung der Versorgungsqualität, eine raschere Verschiebung der Patienten zu mangelhaft vorbereiteten Nachversorgern sowie eine sinkende Arbeitszufriedenheit von Ärzteschaft und Pflegenden* befürchtet.

Im Rahmen der hier vorgestellten Studie<sup>3</sup> wurde u. a. untersucht, ob und wie die mit der Einführung der Fallpauschalen verbundenen Änderungen die Haltung von Krankenhausesperten beeinflussen.<sup>4</sup> Konkret wurde in der Zeit nach dem Übergang zum neuen Tarifsystem nach der Einstellung und den Plänen der Krankenhausesperten gefragt, um abschätzen zu können, ob sich insbesondere für vulnerable Gruppen der Zugang zur stationären Gesundheitsversorgung erschwert.

## II. Fallpauschalen in der Schweiz

Per 1. Januar 2012 wurde auch in der Schweiz das Fallpauschalensystem zur Abgeltung der stationären Krankenhausleistungen eingeführt. Die Implementierung leistungsbezogener Spitaltarife bildete einen zentralen Gegenstand der Revision des Krankenversicherungsgesetzes von 2007.

Das neue Tarifsystem baut auf der Tarifstruktur *SwissDRG* auf und ordnet jeden Spitalaufenthalt eines Patienten unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien (Haupt- und Nebendiagnosen, Behandlungen) einer Fallgruppe (DRG) zu. Jeder Fallgruppe ist ein Kostengewicht, d. h. ein relativer Wert, zugeordnet. Dieser Wert entspricht dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand der betreffenden Fallgruppe und wird in der Regel jährlich gestützt auf aktualisierte Daten ausgewählter, repräsentativer Referenzspitäler neu berechnet.<sup>5</sup> Die Entschädigung eines Spitals für eine stationäre Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation des Fallgruppen-Kostengewichts, das in der ganzen Schweiz identisch ist, mit der für das Spital geltenden Baserate. Die Baserate wird zwischen den Leistungserbringern und den Versicherern vereinbart und kann unterschiedlich hoch sein (Art. 49 Abs. 1 KVG<sup>6</sup>).

3 Das polydisziplinäre Gesamtprojekt «Assessing the impact of Diagnosis Related Groups (DRGs) on patient care and professional practice: an interdisciplinary approach» (Projektnummer 132786) wurde vom 1. Januar 2011 bis am 31. Dezember 2013 in der Schweiz durchgeführt.

4 Siehe Näheres unter Ziff. III.

5 SwissDRG AG, Wichtige Begriffe. Abrufbar unter: [www.swissdrg.org/de/02\\_informationen\\_swissDRG/wichtige\\_Begriffe.asp?navid=16](http://www.swissdrg.org/de/02_informationen_swissDRG/wichtige_Begriffe.asp?navid=16) (zuletzt besucht am 16. Januar 2015).

6 Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10).

## III. Aktuelle Studie

In der qualitativen Teilstudie «*DRGs in Switzerland: critical analysis of the legal aspects and their perception by experts and hospital managers*» wurden in der ersten Jahreshälfte 2012 Verantwortliche in Krankenhäusern u. a. danach gefragt, was aus ihrer Sicht vulnerable Gruppen im Spitalalltag sind, was sich mit der Einführung von *SwissDRG* für diese verändert hat und ob diese Veränderungen für die vulnerablen Gruppen mit der Einführung der Fallpauschalen zusammenhängen.

Das Erkennen der besonders verletzlichen Patientengruppen und die Abbildung entsprechend ihrer Komplexität in der neuen Tarifstruktur *SwissDRG* stellt nach Ansicht der Autoren eine grosse Herausforderung dar. Zu den besonders verletzlichen Patientengruppen, die aufgrund sozialer oder besonderer gesundheitsbedingter Faktoren längere oder aufwendigere Behandlungen benötigen als andere und deshalb die Spitalbehandlung verteuern,<sup>7</sup> zählen insbesondere ältere Menschen,<sup>8</sup> Kinder,<sup>9</sup> Personen mit vielschichtigen Behandlungssymptomen<sup>10</sup> und Menschen ohne soziales Netz wie beispielsweise Drogenabhängige und Häftlinge<sup>11</sup>.

Ebenfalls untersucht wurde, welche Massnahmen die Spitäler gegen eine Minderversorgung vulne-

7 Zu den Gründen für die Verteuerung der Spitalbehandlungen dieser marginalen Gruppe vgl. auch GÄCHTER/ELGER, DRG und die Gesundheitsversorgung marginaler Gruppen, in: Wild/Pfister/Biller-Andorno (Hrsg.), DRG und Ethik, Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen, Basel 2010.

8 GOLDBERG/ESTES, Medicare DRGs and post-hospital care for the elderly: does out of the hospital mean out of luck? *J Appl Gerontol*, 9(1) 1990, 20–35; LIM/DOSHI/CASTASUS/LIM/MAMUN, Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital, *Ann Acad Med Singapore*, 35(1) 2006, 27–32; TOBBE, DRGs, the elderly, and Medicare: a triangle of ethical dilemmas. *Plast Surg Nurs*, 9(4) 1989, 166–7.

9 MULDOON, Structure and performance of different DRG classification systems for neonatal medicine, *Pediatrics*, 103(1 Suppl E) 1999, 302–18; PHELAN/BAXTER/BISHOP/HINDLE/CATCHLOVE, Diagnosis related groups, refined diagnosis related groups and pediatric modified diagnosis related groups in specialist children's hospitals, *Aust Health Rev*, 13(3) 1990, 163–81.

10 GLYNN, Diagnosis-related group system. Can we still earn a living caring for sick people? *Physician Exec.*, 22(8) 1996, 16–8.

11 CASTIEL/BRECHAT, Social deprivation and public hospital: for a social DRG, *Presse Med*, 38(1) 2009, 142–5; CASTIEL/BRECHAT/GRENOUILLEAU, Disadvantaged patients in public hospitals: need for additional funding, *Presse Med*, 36(2 Pt 1) 2007, 187–8; FRAPPIER/VIGNEAULT/PAQUET, Mentally ill and criminalized: testimony of a dual marginalization, *Sante Ment Que.*, 34(2) 2009, 21–30; MCMAHON, The efficiency of inpatient medical care in a hospital secure unit, *Med Care*, 23(10) 1985, 1139–47.

rabler Gruppen ergreifen. Der vorliegende Beitrag stellt einen Teil<sup>12</sup> der Studienergebnisse vor.

#### IV. Methode und Beschränkungen

Im Oktober 2011 wurden 43 Spitalexperthen in 40 Krankenhäusern als Interviewpartner angefragt. Die Zielstichprobe umfasste 7 Universitätsspitäler und universitäre Kinderspitäler, 19 Zentrumsversorger, 9 Grundversorger sowie 5 Privatkliniken. Befragt wurden Klinikdirektoren, Verantwortliche Qualitätsmanagement/Dienstleistungen/Recht/Unternehmensentwicklung, Verantwortliche für DRG/Codierung sowie Verantwortliche Administration/Finanzen/Medizincontrolling. Die Interviews wurden in 24 Kantonen der Schweiz durchgeführt und fanden im Zeitraum von Februar bis August 2012 statt.

Die Studie erfährt eine Beschränkung dadurch, dass erst wenig Zeit seit der Einführung von SwissDRG am 1. 1. 2012 bis zum Start der Interviews im Februar 2012 vergangen war. Da aber ein grosser Teil der Krankenhäuser, in denen Experten interviewt wurden, bereits vor dem 1. Januar 2012 mit dem Vorgängersystem von SwissDRG, d. h. mit APDRG, gearbeitet hatten und die Expertinnen damit bereits über mehrjährige Erfahrung mit DRG verfügten, ist die Beschränkung relativ. Auch jene, die SwissDRG erst am 1. Januar 2012 einführten, haben sich bereits im Vorfeld Gedanken dazu gemacht.

Die genannte Beschränkung ist schliesslich auch aus einem anderen Grund zu relativieren: Die qualitative Studie stellt Beobachtungen von Experten zusammen und macht daher keine quantitativen Aussagen. Es ist methodisch nicht auszuschliessen, dass die interviewten Expertinnen und Experten subjektiv beeinflusste Beobachtungen weitergeben. Die Stichprobenauswahl stellt jedoch sicher, dass verschiedene Sichtweisen Gehör finden können. Daher ist dies ein erster wichtiger Schritt, um aus der Expertenwahrnehmung indirekt quantitative Entwicklungen abzuleiten.

Die vorliegenden Studienergebnisse stützten sich ausschliesslich auf Daten aus der Schweiz. Da sich aber trotz der Unterschiede der DRG-Systeme bestimmte Grundmechanismen der neuen Tarifstruktur in Deutschland und der Schweiz ähnlich auswirken, können auch andere Länder von den Ergebnissen profitieren.

12 Siehe zudem die im Hinblick auf andere Fragestellungen ausgewerteten Studienergebnisse in: LEU/GÄCHTER/ELGER, (2013) 365 Tage SwissDRG – Anreize, Massnahmen, Wirkungen, *hill*, Zeitschrift für Recht und Gesundheit, Nr. 95, Zürich 2013 ([www.hilljournal.ch](http://www.hilljournal.ch)); LEU/GÄCHTER/ELGER (2014), SwissDRG: Missbrauchsgefahr bei der Datenweitergabe an Krankenversicherer?, *Jusletter*, 3. März 2014 ([www.jusletter.ch](http://www.jusletter.ch)).

## V. Ergebnisse

### A. Vulnerable Patientengruppen im Spitalalltag

Spitalexperthen und -experten bezeichnen insbesondere Patienten mit Mehrfacherkrankungen, sehr alte, chronisch kranke, demente Patienten, Personen mit sehr seltenen Krankheitsbildern, Patienten, die teure Medikamente benötigen, pflegeintensive Patienten, palliative Patienten, Patienten ohne Anschlusslösung (Heim, Rehabilitation, Spitem), Neugeborene, Kinder, Patienten mit Behinderungen, Alkohol- und Drogenkranke, HIV-infizierte Patienten, sozial Schwache, Gefangene, Obdachlose, Migrantinnen, Asylbewerber, Personen mit unklarem Aufenthaltsstatus, Sans-papiers, Personen mit schlechtem Zugang zum schweizerischen Sozialversicherungssystem sowie Patienten mit fehlenden Sprachkenntnissen als besonders verletzlich.

Das von den Expertinnen und Experten genannte breite Spektrum vulnerabler Patientengruppen verdeutlicht, dass das System auf ein bestimmtes Spektrum von Patienten ausgerichtet ist und sehr viele Faktoren eine Patientengruppe im Hinblick auf die «Standardpatienten» als besonders vulnerable Spezialfälle erscheinen lassen, die in verschiedener Hinsicht Gefahr laufen, vom stationären Gesundheitssystem unzureichend behandelt zu werden.

### B. Veränderungen nach der Einführung von SwissDRG

Auf die Frage, was sich mit der Einführung der neuen Tarifstruktur SwissDRG für die vulnerablen Patientengruppen verändert und/oder eventuell verstärkt hat, wurde von mehreren Experten ausgeführt, dass Ärzte, die das DRG-System gut kennen und sich die Mühe nehmen, die Kodierfachpersonen anzufragen, heute mit Blick auf finanzielle Belange entscheiden, ob sie den älteren, multimorbiden Patienten nach der ersten Behandlung noch einmal nach Hause schicken, um zusätzliche Kosten zu verhindern, die im DRG-System nicht oder schlecht abgegolten werden (Interview 3). Beispielhaft wurden internistische, ältere, multimorbide Patienten mit Herzschwäche vor Hüft-TP bzw. chronisch kranke Patienten genannt.

Eine besondere Gefahr für vulnerable Patientengruppen sehen einige Experten in der Anwendung der sog. «real-time-Kodierung»: Alle Spitäler, die über solche Krankenhausinformationssysteme (KIS) und das entsprechende ärztliche Know-how verfügen, können «real-time-Kodierungen» vornehmen. Dazu benötigen die Krankenhäuser Ärzte, welche die ICD-

10-Diagnosen und die CHOP-Codes sehr gut kennen. Sie kodieren dann bereits während des Aufenthalts des Patienten, um den DRG herauszufinden, womit wirtschaftliche Optimierungen bezüglich der Liegedauer vorgenommen werden können (Interview 21).

### C. Katalysatorwirkung von SwissDRG

Die Frage, ob die genannten Veränderungen für die besonders verletzlichen Patientengruppen mit der Einführung der Fallpauschalen zusammenhängen, wurde von den Expertinnen und Experten mehrheitlich dahingehend beantwortet, dass nicht die Einführung von SwissDRG per se zu Veränderungen für die vulnerablen Gruppen geführt habe, sondern die Ausgestaltung des neuen Finanzierungssystems insgesamt: Vor der Einführung von SwissDRG hätten die Krankenhäuser mit Globalbudgets gearbeitet und die Gesamtkosten auf Durchschnittswerte überwälzt, sodass die Probleme nicht so transparent waren. Heute führten die Kliniken ein DRG-Controlling, und sie würden sehen, bei welchen Fällen Ertrag und Aufwand in Übereinstimmung sind. Wo keine Übereinstimmung besteht, werden – verstärkt durch die Einführung von SwissDRG – gezielter gewisse Patientengruppen angeschaut.

Gründe für die fehlende Übereinstimmung lägen beispielsweise darin, dass das Spital in der Behandlung dieser Gruppe ineffizient arbeite oder diese tatsächlich schlecht entschädigt sei. *«Wenn einer Patientengruppe ein schlechter Preis zugeordnet wird, dann wird diese besonders wenig attraktiv und dann müssen wir aus betriebswirtschaftlich-unternehmerischer Sicht fragen, welche Fälle können wir behandeln, damit wir mindestens kostendeckend arbeiten, und welche Fälle, welche DRG-Gruppen, führen zu Verlusten, und das ist sehr direkt abhängig von der Ausgestaltung des DRG-Systems»* und *«die Probleme mit vulnerablen Patientengruppen bestanden bereits vor Einführung von SwissDRG, die Fallpauschalen stellen aber einen Katalysator dar, der die Probleme heute transparenter aufzeigt»* (Interview 36).

### D. Gefahr einer Minderversorgung

Die Mehrheit der Experten beobachtete, dass die eingangs umschriebenen, besonders verletzlichen Patientengruppen im DRG-System grundsätzlich unzureichend abgebildet sind, was sie zu weniger attraktiven Patienten macht. Die Krankenhäuser sind darauf angewiesen, die Kosten, die für die notwendige Behandlung der Patienten im Spital angefallen sind, vergütet zu erhalten, was beispielsweise bei chronisch kranken Patienten oftmals nicht der Fall ist. Um im DRG-System Geld zu verdienen, brauchen die Spitäler junge

Patienten, die komplexe Eingriffe benötigen, aber schnell gesund sind (Interview 14).

Mit Blick auf die vulnerablen Gruppen ist aus Expertensicht zudem auffällig, dass diese öfter und schneller verlegt werden als die anderen Patientengruppen; und insbesondere öfters von privaten an öffentliche Kliniken (Interview 16).

Die Gefahr einer Minderversorgung bestimmter Patientengruppen besteht nach Ansicht der Mehrheit der Experten dann, wenn diese Gruppe schlecht tarifiert ist, d. h. dann, wenn das Spital zwar effizient arbeitet und dennoch Geld mit dieser Patientengruppe verliert. Aus unternehmerischer Sicht ist das Spital dann gezwungen, Überlegungen zu einer Reduktion dieses Angebots vorzunehmen. Es findet eine Abwägung statt, ob es ein Angebot ist, für welches eine medizinische Notwendigkeit besteht, oder ob es sich um ein Angebot handelt, bei dessen Reduktion der Betrieb nicht beeinträchtigt wird und damit niemand in der entsprechenden Klinik leidet.

Primär setzen sich die Spitalexperten gemäss ihren eigenen Angaben dafür ein, dass schlecht tarifierte Patientengruppen adäquat entschädigt werden, bevor erwogen wird, diese Patientengruppe künftig nicht mehr zu behandeln. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass in der strategischen Entwicklung die Angebote, die interessant tarifiert sind, ausgebaut werden und jene, die Verlust bringend sind, abgebaut werden. Aus ethischer Verantwortung wird aber von voreiligen Schlüssen abgesehen im Wissen darum, dass die Prozesse eine gewisse Zeit brauchen (Interview 36).

### E. Konkrete Massnahmen der Spitäler

Im Rahmen der qualitativen Experteninterviews wurde zudem erfragt, ob die Spitäler Massnahmen gegen eine Minderversorgung von vulnerablen Gruppen ergreifen.

Die Analyse der Spitalexperteninterviews zeigte auf, dass sich die Spitalexperten primär dafür einsetzen, dass schlecht tarifierte Patientengruppen adäquat entschädigt werden.

Mehrere Kliniken haben zudem Projekte insbesondere für Patienten mit Mehrfachpathologien, Komorbiditäten und für chronisch Kranke implementiert. Ziel dieser Projekte ist es, die Behandlungskette durch die Integration externer Pflegefachpersonen aufrechtzuerhalten und damit eine optimale Verschiebung der Patienten zu den spitalexternen Versorgungsstrukturen sicherzustellen.

Weiter wurde in einem Krankenhaus konkret ein Wertesystem mit folgenden Kernpunkten eingeführt: menschliches und ethisches Handeln, keine Diskriminierung von Patienten und Mitarbeitenden, gleiche Behandlungsprinzipien für alle Patienten,

keine Indikation aus wirtschaftlichen oder anderen, nicht medizinischen Gründen, keine Ablehnung nicht «rentabler» Patienten.

Aus Expertensicht können sowohl eine systematische Auswertung von Beschwerden von Patienten und Angehörigen wie auch der Anspruch von Pflege und Ärzteschaft zu ethischem Handeln einer systematischen Unterversorgung von bestimmten Patientengruppen entgegenwirken.

## F. Konsequenzen und Lösungsansätze

Die qualitativen Studienergebnisse zeigen zwei massgebliche Tendenzen auf:

- Einerseits stellen das Erkennen der besonders verletzlichen Patientengruppen und deren Abbildung entsprechend ihrer Komplexität in den Tarifstrukturen unter dem neuen Spitalfinanzierungssystem SwissDRG eine grosse Herausforderung dar.
- Andererseits besteht bei Behandlungen, die nicht genügend im Tarifsysteem abgebildet sind, die Gefahr, dass spitalintern Ressourcen gekürzt und dadurch vulnerable Patientengruppen diskriminiert werden. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die besonders verletzlichen Patientengruppen in der Schweiz nach Einführung von SwissDRG rechtlich adäquat geschützt sind und ob ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung weiterhin gewährleistet ist.

Aus der Sicht der Autoren bieten sich die folgenden Lösungsansätze an:

### 1. Verstärkung der gesetzlich verankerten Schutzbestimmungen

Parallel zur Einführung von SwissDRG hat der schweizerische Gesetzgeber verschiedene Instrumente zur Verhinderung allfälliger negativer Auswirkungen des neuen Tarifsystems eingeführt. Zwei wesentliche Instrumente zum Schutz besonders verletzlicher Patientengruppen sind die im Krankenversicherungsgesetz verankerte Aufnahmespflicht (Art. 41a Abs. 1 KVG) sowie die ebenfalls neu eingeführte Leistungskategorie der Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG).<sup>13</sup> Es hat sich insbesondere schon sehr rasch gezeigt, dass die Ausgestaltung der Akut- und Übergangspflege nicht praktikabel ist und in der vorliegenden Form nicht Fuss fassen

wird.<sup>14</sup> Da diese Leistungskategorie insbesondere für ältere Patienten und damit für eine der grössten vulnerablen Patientengruppen von Bedeutung ist, braucht es hier eine verbesserte Ausgestaltung der gesetzlichen Regelung.

### 2. Beschwerdestelle

Die Pflicht zur Überprüfung der Einhaltung der Aufnahmespflicht obliegt den Kantonen (Art. 41a Abs. 3 KVG). Im Auftrag der Gesundheitsdirektion betreibt beispielsweise die kantonale Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich seit 1. Januar 2012 eine Beschwerdestelle, bei welcher sich Patienten beschweren können, wenn ihnen Listenspitäler die Aufnahme verweigern. Eine solche Meldung kann dazu führen, dass der Kanton eine Aufhebung oder Änderung des Leistungsauftrags prüft. Dieses Instrument wird allerdings dadurch geschwächt, dass der Kanton (Gesundheitsdirektion) dem fehlbaren Krankenhaus den Verstoss nachweisen muss, d. h., die Beweislast liegt bei den Kantonen.

### 3. Kontinuierliche und wirkungsvolle Verbesserung der Tarifstruktur SwissDRG

Die Hauptgefahr einer Minderversorgung vulnerabler Patientengruppen besteht, wie oben dargelegt, insbesondere in Konstellationen, in denen ein Spital zwar effizient arbeitet und mit einer Patientengruppe dennoch Geld verliert. Dementsprechend muss die Tarifstruktur SwissDRG eine Abbildungsgenauigkeit erreichen, die hoch genug ist, um spitalintern implizite Rationierung zu verhindern. Priorität kommt in diesem Zusammenhang der raschen Weiterentwicklung und Differenzierung des DRG-Systems zu.

Für die Entwicklung der Tarifstruktur haben die Tarifpartner (Spitalverband H+, Verband der Krankenversicherer *santésuisse*) und die Kantone (Gesundheitsdirektorenkonferenz) die SwissDRG AG eingesetzt (Art. 49 Abs. 2 KVG). Im Rahmen von Antragsverfahren können jedes Jahr Anträge zur Weiterentwicklung des SwissDRG-Fallpauschalensystems vom Spitalverband H+ und von den FMH-Organisationen (Fachgesellschaften und Dachverbände) eingereicht werden. Regelungen über Zusatzentgelte oder einen Hochrisikopool mit Individualabgeltung für Ausnahmefälle (beispielsweise besonders teure Medikamente) sind ebenfalls zu diskutieren. Dabei darf das lernende DRG-System aber nicht zu träge werden, da ansonsten die Gefahr besteht, dass in der Schweiz – ähnlich wie im deutschen

<sup>13</sup> Näheres zu beiden Massnahmen bei LEU/GÄCHTER/ELGER, (2013) 365 Tage SwissDRG – Anreize, Massnahmen, Wirkungen, *hill*, Zeitschrift für Recht und Gesundheit, Nr. 95, Zürich 2013 ([www.hilljournal.ch](http://www.hilljournal.ch)).

<sup>14</sup> PADRUTT, Die neue gesetzliche Regelung der Akut- und Übergangspflege. Eine Diskussion des Art. 25a KVG, verbunden mit einem Blick in die Praxis im Kanton Zürich, *hill*, Zeitschrift für Recht und Gesundheit, Nr. 80, Zürich 2013 ([www.hilljournal.ch](http://www.hilljournal.ch)).

G-DRG-System – mit zu vielen Zusatzentgelten gearbeitet werden muss. Zusatzentgelte können sich kontraproduktiv auf die effiziente Entwicklung des DRG-Systems auswirken. Bei lernenden Systemen besteht zudem das Risiko, dass sie nicht auf die erhoffte Weise und nicht rasch genug lernen. Dadurch wird die Phase bis zur Umsetzung ausgedehnt, und neue medizinische und therapeutische Errungenschaften, die gut und wichtig wären, fließen nicht schnell genug in die Bewertungen von DRG bzw. ins Fallgewicht ein. Das Bundesamt für Gesundheit und der Gesetzgeber müssen im Auge behalten, dass diese Weiterentwicklung und Differenzierung wirkungsvoll erfolgt, und intervenieren, wenn dies nicht der Fall ist.

#### 4. Standesorganisationen und Berufsverbände

Spitalverantwortliche, Ärzteschaft und Pflegefachpersonen können einen erheblichen Beitrag zum besseren Schutz vulnerabler Patientengruppen im Spitalalltag leisten, indem sie die Entwicklungen beobachten und, einzeln oder durch ihre Standesorganisationen und Berufsverbände, aktiv Stellung beziehen.

Mögliche Massnahmen gegen eine allfällige Minderversorgung vulnerabler Patientengruppen in den Spitälern könnten beispielsweise eine entsprechend ausgerichtete Geschäftsleitungsstrategie, eine effizient organisierte Versorgungskettenvernetzung oder eine Unterstützung durch spitalinterne klinische Ethikkomitees sein.

## VI. Ausblick

Die Steuerung des gerechten und angemessenen Zugangs zur Gesundheitsversorgung bildet primär eine gesundheitspolitische Frage, die durch die Politik bzw. die Gesetzgebung geregelt und entschieden werden muss und nicht auf die Leistungserbringer (Krankenhaus, Ärzteschaft, Pflege) abgewälzt werden darf.

Es ist Aufgabe des Staates, allfällige Fehlanreize zu vermeiden und eine Tarifstruktur zu gewährleisten, die auch den Bedürfnissen besonders verletzlicher Patientengruppen gerecht wird. Bislang zeigen sich erst gewisse Tendenzen künftiger Entwicklungen; im Hinblick auf die rechtsgleiche und qualitativ hochstehende stationäre Versorgung ist die Politik gefordert, die Geschehnisse aufmerksam zu verfolgen. Wie die in dieser Studie befragten Expertinnen und Experten haben durchblicken lassen, sind sich diese der mit den Fallpauschalen gesetzten Anreize bewusst und sehen, welche Probleme sich insbesondere für vulnerable Patientengruppen ergeben könnten.

Ein weiterer Punkt, den die Politik im Auge behalten muss und der weiterer Forschungsarbeit bedarf, ist die «Tarifgrenze» zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Durch die unterschiedlichen Finanzierungs- bzw. Tarifsysteme der beiden Bereiche werden Entscheide, wann welche Patienten wo behandelt bzw. therapiert werden, allenfalls oft mit Blick auf finanzielle Erwägungen und nicht mit Blick auf das Patientenwohl getroffen.