



AG Falldefinition

Antrag um Klarstellung oder Regeländerung

Antragstellende Organisation

Schweizerische Fachgesellschaft der Allgemeinen Inneren Medizin (SGAIM)

Kontakt für Rückfragen

SGAIM-SwissDRG-Beauftragte
Linda Meier
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)
Monbijoustrasse 43 | Postfach | 3001 Bern | www.sgaim.ch
tel +41 31 370 40 00
dir +41 31 370 40 16
linda.meier@sgaim.ch

Ziffer und Wortlaut der zu ändernden Regel oder Definition

gemäss der gültigen Version des Dokuments „Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG“

2.3 Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient»)

Eine separate Vergütungsregelung drängt sich unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha nicht auf. Grundsätzlich sind die Ansprüche eines Spitals oder eines Geburtshauses mit der Vergütung gemäss SwissDRG, TARPSY oder ST Reha abgegolten.

Der Aufenthalt eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner stationären Behandlung und Pflege oder keiner stationären medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, wird gemäss Art. 49 Abs. 4 bzw. Art. 50 KVG abgerechnet.

Die Versicherer und Kantone können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass Art. 49. Abs. 4 KVG vom Spital eingehalten wird.

Ausgangslage

Es häufen sich immer mehr Konflikte und Beanstandungen zu Wartepatienten. Versicherer beanstanden eine zu lange Liegedauer und nicht verrechenbare Zuschläge, wie auch Akutspitäler klagen über grosse Probleme in der Organisation der Nachversorgung. Patienten können demnach nicht aus dem Akutspital entlassen werden, da es keine Betten in einer Rehabilitation oder Pflegeeinrichtung gibt. Somit werden die Fälle Überlieger, Versicherungen beanstanden nach der Abrechnungsregel 2.3 und in den meisten Kantonen/Spitälern wird demnach der Warteteil des Falles nicht mehr nach SwissDRG, sondern nach dem Pfl egetarif (oder gar nicht) abgerechnet. Akutspitäler sind jedoch weder in der Infrastruktur noch sonst ressourcentechnisch auf Pflegepatienten ausgerichtet – somit sind die Wartetage höchst defizitär abgeltbar – vielfach auch zum Teil zulasten der Patienten, die die Wartezeit auch nicht beeinflussen können.

Somit tragen die Akutspitäler eine Verlustkonstellation ohne Schuld. Es herrscht eine Situation vor mit fehlenden Kapazitäten von Nachsorgeinstitutionen. Anhand Art. 39 KVG sind die Kantone verantwortlich für die Planung der bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung. Sind keine Pflege- oder Reha-Betten verfügbar, so soll hier der Kanton in die Verantwortung gezogen werden, und nicht das Defizit auf die Schultern von Akutspitälern geladen werden.

Eine gerechte Abgeltung sollte geregelt werden, aber nicht nach Art. 49. Ein stationärer Tag kostet je nach Spital durchschnittlich ca. 600-1000 Fr. Eine Abgeltung nach Pfl egetarif ist ums vielfache niedriger und administrativ sehr aufwändig. Eine Betreuung von Wartebetten entspricht demnach nicht den WZW Kriterien, da eine wirtschaftliche Betreuung eines Spitalhausbettes anhand dieser Regelung nicht möglich ist.

Ein Überlieger ist per se im SwissDRG-System als defizitär ausgerichtet. Mit einer zusätzlichen Korrektur ohne Abgeltung erleidet hier das Spital eine doppelte finanzielle Bestrafung, ohne dass es etwas dafürkann.

Nicht nur, dass das Ende einer Akutspitalbedürftigkeit im Übergang zu einer stationären Pflegebedürftigkeit nicht immer ganz klar abgrenzbar ist, erfordert diese Regelung für die Spitäler enormen administrativen Mehraufwand, welcher sich auf verschiedene Prozesse ausweitet. Nicht nur all die Organisationsressourcen zum Austrittsmanagement, welche durch verzögerte Entlassungen eingesetzt werden müssen, sondern auch die Reduktion des Leistungsauftrages hat dies zur Folge. Unfreiwillig besetzte Betten in den Akutspitälern grenzen die Kapazitäten des Kernauftrages unnötig ein.

Die Koordination von Wartepatienten ist nicht nur medizinisch gesehen eine (zu vermeidende) Mehrbelastung für die Spitäler, sondern auch organisatorisch ressourcenraubend. Bei Platzmangel sind die organisatorischen Dienste oft mit 10-15 Institutionen gleichzeitig im Kontakt, um eine Nachsorgelösung zu finden, wobei auch das hohe Engagement meist fruchtlos bleibt, da es einfach keinen Platz in der Anschlusslösung gibt (kantonal wie ausserkantonal). Trotz optimaler Organisation seitens Spitäler (frühzeitige Anmeldung, Koordination, Planung) lassen sich Wartezeiten oft nicht verhindern. Mindereinnahmen können demnach nicht verhindert werden.

Das Abwälzen der Problematik der mangelnden Verfügbarkeit von Rehabilitations- und Pflegebetten durch ungenügende Planung der Kantone (respektive auch der Gemeinden), die dafür durch das Gesetz verantwortlich sind, auf Kosten der Spitäler ist nicht gerecht und daher nicht akzeptabel. Die Spitäler müssen unbedingt in dieser Thematik entlastet werden

2.3 Vergütung eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner Behandlung und Pflege oder keiner medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf («Wartepatient»)

Eine separate Vergütungsregelung drängt sich unter SwissDRG, TARPSY und ST Reha nicht auf. Grundsätzlich sind die Ansprüche eines Spitals oder eines Geburtshauses mit der Vergütung gemäss SwissDRG, TARPSY oder ST Reha abgegolten.

Der Aufenthalt eines Patienten, der nach medizinischer Indikation keiner stationären Behandlung und Pflege oder keiner stationären medizinischen Rehabilitation im Spital bedarf, wird **zulasten des Kantons/der Gemeinden*** abgerechnet.

~~Die Versicherer und Kantone können Kontrollmechanismen vorsehen, um sicherzustellen, dass Art. 49, Abs. 4 KVG vom Spital eingehalten wird.**~~

*

Lösungsvorschlag 1: ... zulasten des Kantons mit Zuschlagspauschale nach DRG pro Wartetag

Lösungsvorschlag 2: ... zulasten des Kantons mit 10% der DRG-CWrel *Baserate des Falles pro Wartetag

Lösungsvorschlag 3: ... kostendeckender Pauschalbetrag pro Wartetag in der Grössenordnung von 1000 Fr/d

Für den Pauschal-Lösungsweg können Sie gerne als Referenz den Kanton Uri und das Kantonsspital Uri hinzuziehen, welche bereits vertraglich einen Lösungsansatz erarbeiten und praktizieren (auch wenn dieser immer noch nicht die Kosten des Spitals deckt, ist jedoch das Defizit dieser Konstellationen kleiner)

Lösungsvorschlag 4: 2.3 komplett streichen. Der enorme administrative Mehraufwand für diese Thematik rechtfertigt den Inhalt nicht – zudem kann so der Wartepatient-Anteil von Outliern auch Inlier-Wartepatienten abdecken. Unter dem Strich wären wir hier auf der Leistungserbringerseite in einem Nullsummenspiel

** Dieser Passus braucht es nicht. An sich wird dies bereits im KVG geregelt, dass die Versicherer und Kantone eine Prüfungsfunktion haben – egal um was es geht.

Kontakt

SwissDRG AG

Länggassstrasse 31

3012 Bern

info@swissdrg.org