

# Neue Aufgaben für Krankenhäuser

Autor(en): **Wettstein, A.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich**

Band (Jahr): - **(1997-1998)**

Heft 58

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-790092>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Neue Aufgaben für Krankenhäuser

von A. Wettstein

Krankenhäuser haben eine bewährte Tradition in der Anwendung von aktivierender Pflege und palliativer Sterbebegleitung. Unter zunehmendem Druck, Spitalaufenthalte zu verkürzen, treten immer mehr Betagte zu kurzfristiger Pflege in Krankenhäuser ein. Diese werden der neuen Aufgabe gut gerecht, organisieren sich entsprechend und erreichen gleich hohe Rückkehreraten nach Hause wie früher aus Langzeitabteilungen von Spitälern, jedoch zu wesentlich günstigeren Kosten.

## Das Pflegebettenangebot übersteigt die Nachfrage in der Langzeitpflege

Im Verlaufe des Jahres 1996 zeichnete sich immer deutlicher ab, dass nicht nur auf dem Land, sondern auch in der Stadt Zürich genügend Pflegebetten zur Verfügung stehen und immer öfter einzelne Betten leer sind. Dies hat vermutlich verschiedene Gründe:

- *In der Stadt nimmt die Anzahl Betagter und Hochbetagter in absoluten Zahlen ab.*
- *Hohe, nicht durch Versicherungsleistungen gedeckte Kosten (1996 Fr. 165/Tag), motivieren Ehepartner und potentielle Erben zu intensiven Pflegeleistungen, um die teure Heimplazierung zu vermeiden (betrifft vor allem den Mittelstand).*
- *Immer ausgeprägter Individualismus mit Abneigung gegen die Zwänge eines Grosshaushaltes (Heim).*
- *Es ist heute möglich, zu günstigen Ansätzen Personal zu finden, welches die Haushaltführung und Pflegeleistungen übernimmt. Der Aufenthalt im Krankenhaus kommt monatlich auf Fr 6.000 (im Viererzimmer) bis Fr 9.000 (im Einerzimmer) zu stehen!*
- *Zu hohe Planzahlen für die Langzeitpflege, da verkannt wurde, dass Langzeitpflegebedürftigkeit primär ein präterminaler Lebensabschnitt ist (durchschnittliche Pflegebedürftigkeit vor dem Tod: Frauen 2 Jahre, Männer 1 Jahr), unabhängig davon, ob der Tod mit 70 oder 90 Jahren eintritt, also mit zunehmendem Sterbealter der Bevölkerung nicht zunimmt.*

1997 hat sich dieser Trend verstärkt. Im Widmerheim Horgen ist es wegen leerstehenden Betten zur Entlassung von 20 Mitarbeiterinnen gekommen. Nur Heime mit besonders gutem Preis/Leistungsver-

hältnis oder in Gebieten mit noch immer bestehendem Bettenmangel sind noch dauernd voll belegt.

#### Neue Aufgaben: Palliativpflege und Langsam-Rehabilitation

Der Druck auf die Spitäler nimmt zu, alle Patienten zu entlassen, die nicht auf die teuren diagnostischen und/oder therapeutischen Angebote des Akutspitals angewiesen sind. Die Krankenkassen leisten seltener Kostengutsprache für längere Rehabilitationsaufenthalte und kaum noch für Kuren nach Spitalaufenthalt. Deshalb treten immer mehr Betagte und vor allem Hochbetagte temporär in ein Pflegeheim ein, wenn sie kaum mehr aufwendiger Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation bedürfen, sondern nur noch eine intensivere Pflege benötigen als sie Familien, Nachbarschaftshilfe oder Spitexdienste zu Hause erbringen können. Dies betrifft sowohl Sterbensranke, sogenannte Hospizpatienten, als auch Patienten, die bei aktivierender Krankenpflege und minimaler Physio- und Ergotherapie wieder so weit selbständig werden, dass sie nach Hause in Spitexpflege entlassen werden können.

Krankenheime richten deshalb sogenannte Temporär-oder Aufnahmeabteilungen ein mit unbürokratischer Aufnahme durch die Stationsleitungen, an welche die Aufnahmekompetenz delegiert wird. Der hohe Selbstbehalt von Fr. 145.-/Tag motiviert viele Patienten und ihrer Angehörigen, den Aufenthalt so kurz wie möglich zu halten.

#### Gute Erfolgsquote: nur etwa die Hälfte bleibt im Heim

Obschon den Krankenheimen für die neue Aufgabe deutlich weniger Pflege- und Therapiepersonal zu Gebote stehen als früher für gleich kranke Patienten in den Langzeitabteilungen der Spitäler zur Verfügung waren, ist die Quote der Patienten, die wieder nach Hause zurückkehren können, nicht geringer: Sie lag auf der Langzeitabteilung Q im Triemlispiital 1990 bei 17%, in der Krankenstation Schimmelstrasse 1992 - 1996 bei 39%, in der Temporärabteilung Gehrenholz 6/96 - 2/97 bei 31% und im Krankenhaus Entlisberg Jan - Mai 97 bei 22%. Die Rate der kurzfristig Verstorbenen lag in den obigen Institutionen bei 37%, 19%, 10% und 22% und in dauernder Langzeitpflege verblieben noch 43%, 39%, 55% und 55% (siehe Tabelle).

Austrittsort	A u s t r i t t e					
	Langzeit abteilg. Q Medi- zin-Trie. 1.1- 30.6.90	KS Schim- melstras- se	Tempor- ärabtg. KH.Geh- renholz	K H E n t l i s b e r g		
				95	96	1.1.97- 15.5.97
verstorben	37%	19%	10%	53%	53%	22%*
nach Hause, evtl. via Kurhaus	17%	39%	31%	3%	4%	22%
and. Spitalabteilg. inkl. Psychiatrie od. Chirurgie	3%	1%	2%	-	-	1%
Langzeitpflegeinst.	43%	39%	55%	44%	43%	55%+
andere (AH, Fam.pflege)		2%	2%	-	-	-

\* verstorben bis 15.5.97 d.h. innert 4 ½ Mt. nicht wie übrige Inst. innert 12 Monaten, d.h. zu tiefe Zahl!

+ weiter in Langzeitpflege 3 ½ bis 4 ½ Monate, nicht wie übrige Inst. mind. 12 Mte. (d.h. zu hohe Zahl)

Wie aus der Tabelle deutlich wird, entwickelte sich das Phänomen der Entlassungen nach Hause in den klassischen Krankenheimen wie Entlisberg neu, ist dort erst seit 1997 zu beobachten. Dies ist die direkte Folge der reduzierten Wartefrist zur Aufnahme von Spitalpatienten (1995 125 Tage, 1996 73 Tage und Januar bis April 1997 28 Tage im Durchschnitt bei dringenden Eintritten).

Das heisst, dass in modernen Krankenheimen - wie früher auf den Langzeitabteilungen der Akutspitäler - nur etwa die Hälfte der Aufgenommenen in Dauerpflege verbleiben musste und je ein Viertel wieder nach Hause zurückkehren kann, respektive - palliativ betreut - kurz nach dem Eintritt stirbt.

Werden die Betroffenen und ihre Angehörigen auf allen Stufen gut über diese neue Situation aufgeklärt, findet sich breite Zustimmung, und viele sind sogar froh, das medizinisch-technisch geprägte Akutspital möglichst bald mit dem ganzheitlich pflegenden, aktivierenden oder sterbebegleitenden Pflegeheim vertauschen zu können (siehe den nachstehenden Artikel). Dabei ist wichtig, dass nur medizinisch gut abgeklärte Pflegebedürftige ohne hohen Bedarf an therapieintensiver Rehabilitation aufgenommen werden.

## Folgen für die Hausärzte

Besonders wichtig für die Hausärzte ist der Umstand, dass der Sozialdienst des Stadtärztlichen Dienstes heute oft kurzfristig einen Pflegeplatz für echte Pflegenotfälle vermitteln kann. Denn seit Anfang 1997 sind praktisch jeden Tag in einem städtischen oder städtisch-subventionierten Krankenhaus Betten zur Sofortbelegung freigewesen. Die für die jeweiligen Stadtkreise zuständigen Sozialberaterinnen sind Ihnen gerne behilflich. Während der Bürozeiten besteht ein Pikettdienst, der angibt, wann die zuständigen Mitarbeiter erreichbar sind (siehe Tabelle 2)

Tab. 2: Regionalzuteilung der Sozialarbeiter SAD

Kreis	Sozialberater	Telefon	Kreis	Sozialberater	Telefon
1	Frau M. Tester	216 43 85	7	Frau K. Rengel	216 43 80
2	Frau G. Studer	216 43 81	8	Herr D. Michel	216 43 84
3	Herr D. Michel	216 43 84	9	Frau I. Hilfiker	216 43 83
4	Frau I. Hilfiker	216 43 83	10	Frau F. Piderman	216 43 82
5	Frau M. Tester	216 43 85	11	Frau F. Piderman	216 43 82
6	Frau M. Tester	216 43 85	12	Frau G. Studer	216 43 81

Die Beratung durch die Sozialdienstmitarbeiterinnen sollte ermöglichen, dass keine eigentlichen Pflegenotfälle mehr in Akutspitäler eingewiesen werden müssen, sondern direkt in ein Krankenhaus eintreten können, von wo aus sie dann entweder wieder nach Hause zurückkehren können, oder in das Heim ihrer Wahl eintreten.

Es muss jedoch betont werden, dass plötzliche Pflegenotfälle, entstanden aus einer plötzlichen Verschlechterung im Zustand der zu Pflegenden, *keine* eigentlichen Pflegenotfälle sind, denn meist liegt einer akuten Pflegebedürftigkeit eine behandelbare akute Ursache (z.B. Delir, Infektion, eingeeilte Fraktur) zugrunde. Pflegenotfälle durch akute Verschlechterung des Zustandes von bereits Pflegebedürftigen müssen deshalb zuerst medizinisch abgeklärt werden, was in der Regel eine kurze Hospitalisation oder Einweisung auf eine Notfallstation notwendig macht. Erst wenn die medizinische Abklärung erfolgt ist, können Patienten als Pflegenotfälle ins Krankenhaus eintreten. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Krankenhäuser keinen Akutklinik-Charakter aufweisen und nicht durch medizinische Technologie geprägt und verteuert werden.