

DRG-Petition der Personalverbände:

Die Personalverbände des Gesundheitswesens haben eine gemeinsame Petition lanciert, mit der sie parallel zur geplanten Einführung von DRG flankierende Massnahmen für PatientInnen und Personal fordern. Die Petition wird getragen von:

Verband des Personals öffentlicher Dienste VPOD
Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK
Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG
Schweizer Berufsverband Physiotherapie physioswiss
Schweizerischer Hebammenverband SHV
Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband DLV
Schweizerische Fachverband der Sozialdienste in Spitälern SFSS
Schweizerischer Verband diplomierter ErnährungsberaterInnen SVDE
ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz EVS
Schweizerischer Berufsverband der Biomedizinischen Analytikerinnen und Analytiker Labmed
Schweizerische Vereinigung der Fachleute für med. technische Radiologie SVMTRA
Fachverband Pflege und Betreuung curahumanis
Schweizerischer Verband für Fussreflexzonen-Massage SVFM

Im nachstehenden Kurzargumentarium finden Sie dazu die wichtigsten Erläuterungen.

Kurz-Argumentarium

Was sind DRG?

Diagnosis Related Groups (DRG, auf deutsch Fallkostenpauschalen) sind ein Klassifizierungssystem. Jeder PatientIn wird aufgrund seiner Diagnose einer Diagnosengruppe zugeordnet. Das in der Schweiz vorgesehene Swiss-DRG-System soll rund 1000 Diagnosegruppen enthalten. Jede DRG-Gruppe erhält ein Kostengewicht zugeteilt. Dieses Kostengewicht hängt vom Aufwand ab, der mit der Behandlung verbunden ist. Das Kostengewicht wird auf der Basis der Kostenangaben von Referenzspitälern ermittelt und regelmässig angepasst. Beispiel: Ein Kostengewicht von 5.34 besagt, dass die Behandlung der PatientInnen dieser Diagnosegruppe 5.34-mal aufwändiger ist als der Durchschnitt aller DRG (mit dem Kostengewicht 1).

Warum ist es wichtig, DRG-Strukturen einerseits und DRG-Finanzierungsmechanismen andererseits auseinanderzuhalten? Und wie werden die DRG-Tarife ermittelt?

DRG können für verschiedene Zwecke verwendet werden: Zur Budgetierung von künftigen Kosten, zur Kontrolle der von Spitälern erbrachten Leistungen, oder auch zur Finanzierung der Spitalleistungen. Als Grundlage für die Finanzierung wird eine sogenannte Baserate festgelegt. Die Baserate ist der Preis des Kostengewichtes 1. Typische Baserates bewegen sich in der Schweiz je nach Kanton und Komplexität des Spitals auf einer Höhe von rund Fr.8000,- und mehr.

Der Teufel steckt nun im Detail. Die DRG-Finanzierung soll dazu genutzt werden, um die Spitäler untereinander zu vergleichen («Benchmarking»). Wenn wir uns nicht zur Wehr setzen, dann werden sich alle Spitäler der Schweiz am kostengünstigsten Spital orientieren müssen, ohne dass die nicht direkt beeinflussbaren, regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen berücksichtigt würden. Nun sind 70% der Spitalkosten Personalkosten. Deshalb würden die Spitäler in den Gegenden mit höheren Lebenshaltungskosten und höheren Löhnen zu massiven Sparmassnahmen gezwungen werden. Das wiederum wäre den Krankenkassen recht. Sie drängen darauf, dass die Baserate möglichst tief angesetzt wird.

Sind die Lohnunterschiede zwischen Stadt- und Landkantonen gerechtfertigt?

Eine Studie der Credit Suisse hat ergeben, dass die Menschen in den Städten zwar nominell am meisten verdienen. Zieht man jedoch die durchschnittlichen Fixkosten vom Lohn ab (Steuern, Wohnkosten, Krankenkassenprämien), betrachtet man also das sogenannte frei verfügbare Einkommen, dann schneiden die Landkantone Appenzell (AI und AR), Obwalden, Glarus, Thurgau und Schwyz am besten ab. Weitaus am geringsten ist das frei verfügbare Einkommen in den Stadtkantonen Basel und Genf, und auch der Kanton Zug schneidet unterdurchschnittlich ab. Wenn also die Spitäler in den Städten die Löhne des Spitalpersonals kürzen, dann schmälert dies die Einkommen derjenigen, die ohnehin schon am wenigsten frei verfügbares Geld haben.

Welche Rolle spielen die Krankenkassen und die Kantone bei der Tariffestlegung?

Die Krankenkassen verhandeln in jedem Kanton mit den Leistungserbringern (Spitäler, Kliniken) über die Festlegung der Baserate. Können sich diese Vertragspartner nicht einigen, so muss die Kantonsregierung die Baserate festsetzen. Gegen den Entscheid der Kantonsregierung können die Vertragspartner beim Bundesverwaltungsgericht rekurrieren. Das Gesetz (KVG) schreibt vor, dass sich die Spitalfinanzierung an jenen Spitälern orientieren muss, die die Leistungen „in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen“. Ohne flankierende Massnahmen heisst das: Das Spital mit den tiefsten Löhnen ist das Günstigste.

Wo sollen DRG zur Anwendung kommen?

Vorderhand ist die Anwendung in der Schweiz auf die stationäre Versorgung in Akutspitälern beschränkt.

Wie sind Spitex und Langzeitpflege von DRG betroffen?

Indirekt sind Spitex und Langzeitpflege stark betroffen, weil die Spitäler wegen der DRG dazu übergehen, die Liegedauer der PatientInnen so stark wie möglich zu kürzen, um Kosten zu sparen. PatientInnen werden zunehmend in einem Zustand entlassen, in dem sie noch stark pflegebedürftig sind. Frühe Überweisungen an die Spitex und an Heime werden zunehmen. Der Kostendruck wird folglich auch in diesen nachgelagerten Bereichen zunehmen. Die Folgen werden dadurch verschärft, dass die Pflegekosten nur noch während der ersten zwei Wochen nach einer Spitalentlassung voll gedeckt sind. Danach müssen die PatientInnen 20% der Pflegekosten selbst bezahlen.

Wie wirken sich die vorgesehenen DRG-Finanzierungsmechanismen auf die Löhne und Arbeitsbedingungen aus?

Wenn keine flankierenden Massnahmen ergriffen werden, dann kommen Löhne und Arbeitsbedingungen unter starken Druck, vor allem dort, wo die Lebenshaltungskosten und deshalb auch die Löhne hoch sind. Beispiel Zug: Die Leitung des Kantonsspitals drohte im Frühling 2008 mit der Kündigung des Gesamtarbeitsvertrages und mit beträchtlichen Lohnkürzungen für den Fall, dass die Kantonsregierung die Baserate so tief ansetzen würde wie von den Krankenkassen gefordert. Zwar hatten die Kassen anerkannt, dass das Zuger Kantonsspital transparent abrechne und seine Kosten vollumfänglich begründen könne. Die Kassen hatten jedoch argumentiert, die Baserate sei im Wallis viel tiefer als die vom Spital Zug benötigte. Dass die Wohnungen in Zug 133% des Schweizer Durchschnitts kosten, die Walliser Wohnungen aber nur 80%, und dass deshalb die Zuger Löhne höher sein müssen als die Walliser Löhne, interessierte die Krankenkassen nicht.

Wenn nun aber alle Spitäler der Schweiz nur noch so viel Geld erhalten wie die Appenzeller oder Walliser Spitäler, dann müssen die Spitäler der übrigen Schweiz 10%, 20% oder noch höhere Anteile ihrer Kosten sparen. Deshalb fordern wir mit der Petition, dass die orts- und branchenüblichen Löhne bei der Festsetzung der Tarife respektiert werden müssen.

Wie wirken sich DRG-Finanzierungsmechanismen auf die Versorgungsqualität aus?

Wenn Spitäler sparen müssen, können sie dies nicht nur beim Lohn oder den Vergütungen (z.B. für Nachtschichten) tun, sie können auch Stellen abbauen, offene Stellen nicht besetzen oder weniger qualifiziertes Personal einstellen. Die Geschäftsleitung der Solothurner Spitäler hat diesen Sommer wegen der geplanten Einführung der DRG den Abbau von 250 Stellen beschlossen. Dies wirkt sich auf die Versorgungsqualität aus. Es kommt dazu, dass die kürzeren Liegezeiten der PatientInnen den Betreuungsaufwand erhöhen: Die schnelleren Wechsel erhöhen den Arbeitsaufwand ebenso wie die verstärkt nötige Beratung für die Zeit nach der Entlassung. Um den Qualitätsabbau zu vermeiden, fordern die Verbände die Festlegung (und Einhaltung) von Personalschlüsseln, die eine gute Behandlung und Pflege garantieren.

DRG gibt es in unserem Kanton schon lange. Wir hatten damit keine Probleme. Warum soll sich das ändern?

Es geht um die Art und Weise, wie DRG künftig für die Finanzierung der Spitäler verwendet werden, nicht um die DRG als solche. Die Schweizweite Einführung von DRG erlaubt es, die Spitäler aller Kantone direkt miteinander zu vergleichen. Auf dieser Basis sollen die Spitäler zu einem Kostenwettbewerb gezwungen werden. Fehlen dabei flankierende Massnahmen, dann führt dies zu einer Abwärtsspirale, bei der die Arbeitsbedingungen, die Löhne und die Versorgungsqualität auf der Strecke bleiben. Dies ist nicht der Fall, wenn DRG nur isoliert in einzelnen Kantonen eingesetzt und nach kantonal festgelegten Regeln gehandhabt werden.

Die DRG-Einführung ist doch beschlossene Sache. Kann man da überhaupt noch etwas ausrichten?

Die flankierenden Massnahmen, die wir parallel zur Einführung von DRG verlangen, können vom Bundesrat und von den Kantonen in eigener Regie beschlossen werden. Wir verlangen nur realistische Dinge. Zwei Beispiele:

- Es braucht eine bundesweite Vorschrift zum Schutz der orts- und branchenüblichen Löhne. Eine solche Vorschrift gibt es bereits für das öffentliche Beschaffungswesen; der Bundesrat muss lediglich die gleichen Prinzipien, die zum Beispiel bei öffentlichen Bauaufträgen gelten, nun auch für das Gesundheitswesen vorschreiben. Das kann er in einer Verordnung regeln.
- Die Kantone können mit ihrer Spitalplanung den Spitalern Auflagen machen. Sie sollen alle Spitäler verpflichten, genügend Personal auszubilden. Fehlen solche Auflagen, kommen jene Spitäler finanziell am besten weg, die sich um diese wichtige Aufgabe drücken.

Gemäss aktuellem Fahrplan haben wir noch gut zwei Jahre Zeit, um Druck aufzubauen, bevor die DRG schweizweit einheitlich angewandt werden. Wenn das Gesundheitspersonal zusammensteht, dann können wir uns durchsetzen. Wenn bis am 1.1.2012 keine ausreichenden flankierenden Massnahmen verabschiedet sind, dann soll die Einführung der DRG verschoben werden.

Die Prämien steigen ja wieder sehr stark. Müssen wir da nicht auch einen Beitrag zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen leisten?

Die internationalen Erfahrungen zeigen, dass die Einführung von DRG die Gesundheitskosten nicht senken, sondern nur verlagern: Die stationäre Versorgung wird billiger, die vor- und nachgelagerte ambulante Versorgung teurer. Zudem werden die Spitäler durch das DRG-System dazu verleitet, möglichst viele Fälle zu generieren. Das führt zu einer Mengenausweitung, und das hat in der Schweiz bereits eingesetzt. Das treibt die Kosten wiederum in die Höhe. Kostentreibend wirken sich auch Komplikationen aus, die aufgrund einer mangelhaften oder fehlenden Nachversorgung entstehen. Und auch der administrative Aufwand steigt: DRG müssen codiert werden. In Deutschland, das vor einigen Jahren die DRG-basierte Finanzierung eingeführt hat, wird jede dritte Rechnungsstellung der Spitäler von den Krankenkassen zurückgewiesen und muss vom Spital überprüft werden.

Tatsächlich könnte im Gesundheitswesen gespart werden: An den Medikamentenpreisen, bei den Apparaturen und Geräten, und durch eine besser koordinierte Versorgung von chronisch kranken Menschen. Doch daran sind die politisch mächtigen Krankenkassen und ihre Bundeshauslobby leider nicht genügend interessiert.

Ist der drohende Personalmangel nicht das wichtigere Problem als die DRG?

Tatsächlich: Wenn nichts unternommen wird, dann droht ein beträchtlicher Mangel an gut ausgebildetem Gesundheitspersonal. Es braucht eine national koordinierte Ausbildungsinitiative, um diese Gefahr abzuwenden, und es braucht eine Politik, die für attraktive Arbeitsplätze im Gesundheitswesen sorgt. Ein Lohn- und Qualitätsabbau jedoch würde dazu führen, dass immer mehr Kolleginnen und Kollegen den Spitälern den Rücken zukehren. Dann könnte sich der Personalmangel rasch und drastisch verschärfen.

Brauchen wir nicht mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen? Und sind DRG dafür nicht ein geeignetes Mittel?

Tatsächlich: DRG sind ein ideales Mittel, um mehr Marktmechanismen im Gesundheitswesen zu fördern. Die Vorstellung jedoch, mehr Wettbewerb und mehr Markt fördere die Effizienz und führe zu tieferen Kosten, ist falsch. Das weitaus teuerste Gesundheitswesen der Welt, das US-amerikanische, ist gleichzeitig auch dasjenige, das mit Abstand am stärksten auf Markt und Wettbewerb setzt. Mehr Markt treibt nämlich die Kosten in die Höhe. Dafür sind drei Gründe massgebend. Erstens fördert Wettbewerb den Trend zur Mengenausweitung. Dabei spielt es keine Rolle, ob die zusätzlichen Leistungen medizinisch auch wirklich gerechtfertigt sind: Hauptsache sie bringen Umsatz und Gewinn. Zweitens müssen die Gewinne und Boni der privatwirtschaftlichen Anbieter „erwirtschaftet“ werden (die Topmanager der US-amerikanischen Gesundheitskonzerne verdienen Dutzende von Mio Dollars pro Jahr). Drittens explodiert die Unübersichtlichkeit der Verträge und der Versicherungspolicen. Das hat sehr teure Folgen: In den USA wird alleine für die administrativen Kosten des Gesundheitswesens pro Kopf der Bevölkerung beinahe gleich viel Geld ausgegeben, wie in Finnland für die Gesamtheit aller Leistungen des Gesundheitswesens.

26.8.09 Beat Ringger