

Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern

Hearing anlässlich der 55. Sitzung der NEK-CNE, Bern, 18. September 2008

1 Einleitung

Im Zuge der Revision des Krankenversicherungsgesetzes werden bis zum 1. Januar 2012 landesweit für Spitalaufenthalte leistungsbezogene Fallpauschalen eingeführt. Danach soll nicht mehr nach erbrachtem Aufwand oder per Tagespauschalen abgerechnet werden, sondern das Spital erhält pro Patientin oder Patient einen fixen Pauschalbetrag, der sich nach der gestellten Diagnose bemisst. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen, mit der gebräuchlichen Abkürzung als DRG („Diagnosis Related Groups“) bezeichnet, basieren dabei auf einem System, mit dem stationär behandelte Patientinnen und Patienten in medizinisch homogene Gruppen mit ähnlichem Behandlungsaufwand eingeteilt werden sollen. Jeder Patientenfall kann nur einer DRG-Gruppe zugeordnet werden.¹ In der Schweiz wird die neue Tarifstruktur unter dem Namen SwissDRG eingeführt, ihre Umsetzung wird koordiniert von der SwissDRG AG.

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen kann unter ökonomischen, gesundheitspolitischen, sozialen aber auch ethischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Dementsprechend werden unterschiedliche Befürchtungen und Hoffnungen laut. Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) hat sich intensiv mit den *aus ethischer Sicht* relevanten Entwicklungen rund um die Einführung der DRG an Schweizer Spitälern befasst und dazu Anfang September 2008 in der Schweizerischen Ärztezeitung ihre Stellungnahme 15/2008 veröffentlicht (www.nek-cne.ch; www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-36/2008-36-736.PDF). Im Zuge ihrer Arbeit am Thema hat die Kommission verschiedentlich das Gespräch mit Expertinnen und Experten aus allen Bereichen des Gesundheitswesens gesucht, um sich ein Bild von den vorliegenden Erfahrungen, den erwartbaren Entwicklungen sowie den Chancen und Risiken der

¹ Vgl. dazu auch die Stellungnahme Nr. 15/2008 der NEK-CNE, S. 1-3.

Einführung der Fallpauschalen zu machen. Anlässlich ihrer Sitzung vom 18. September 2008 führte die NEK-CNE ein Hearing zu dieser Thematik durch, zu dem sie acht Fachpersonen eingeladen hat, denen die Stellungnahme der Kommission vorlag. Die vorliegende Veröffentlichung gibt Zusammenfassungen der Expertenvoten sowie der Diskussion, welche die Kommission mit den Hearingsteilnehmern führte, wieder.

Entsprechend den unterschiedlichen Ebenen, auf denen die NEK-CNE die problematischen Aspekte der DRG angesiedelt sieht, war das Hearing in zwei thematische Blöcke aufgeteilt: In einem ersten Block widmete sich die Diskussion vorrangig der institutionellen Ebene und richtete den Fokus speziell auf die Veränderungen und Herausforderungen, die sich aufgrund der Einführung der DRG für die Institutionen im Gesundheitsbereich sowie für die Aufgabenaufteilung und die Ressourcenallokation innerhalb derselben ergeben (2.1-2.6). In einem zweiten Block drehte sich die Diskussion sodann verstärkt um die Veränderungen und Problemstellungen, die aufgrund der Einführung der DRG auf einer medizinisch-praktischen Ebene zu erwarten bzw. im Zuge der Umsetzung zu beachten sind (3.1-3.5).

2 Institutionelle Aspekte der Einführung der DRG

2.1 *Dr. phil. Peter Rüesch: Schwerbehinderte Menschen im Akutspital*

Zur Einführung in das Thema des Hearings stellte Dr. phil. Peter Rüesch² eine Studie über Pflege und Behandlung von schwerbehinderten Menschen im Akutspital vor, die er gemeinsam mit Annelies Debrunner, Laila Burla und Pascal Bartlomé für die Stiftung Cerebral für das cerebral gelähmte Kind, Bern, durchgeführt hat. Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen im Schweizer Gesundheitswesen ist laut Rüesch insbesondere für sogenannte vulnerable Patientengruppen von Bedeutung. Wie die NEK-CNE in ihrer Stellungnahme festhält, gehören zu diesen Gruppen geriatrische Patientinnen und Patienten, chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen und multimorbide Menschen (die an mehreren unterschiedlichen Krankheiten leiden). Seine Studie, so Rüesch, beziehe sich auf Menschen mit einer Behinderung im Alter zwischen 20 und 50, die zusätzlich akut erkrankt waren. Die von Rüesch präsentierte Untersuchung beleuchtet drei Fragen: Zum einen interessiert sie sich dafür, wer über eine Einweisung in ein Spital entschieden habe, zum zweiten fragt sie, wie der Aufenthalt im Spital selbst verlaufen sei, zum dritten schliesslich thematisiert sie den Verlauf der Nachsorgephase. Darüber hinaus wurden in der Studie auch Pflegefachpersonen befragt, die mit den Schwerbehinderten in Kontakt waren.

² Peter Rüesch, Dr. phil., ist Leiter der Fachstelle Gesundheitswissenschaften an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW Winterthur.

Auf den ersten Blick fanden sich in Bezug auf die Verweildauer im Spital kaum Unterschiede zwischen Behinderten und Nicht-Behinderten. Die Einlieferung stand jedoch beinahe immer in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Behinderung. Im Anschluss an die Einlieferung dauerte es etwas länger, bis die Gruppe der Behinderten behandelt wurde (nicht am Tag der Einlieferung) und der Bedarf an Nachbehandlung war leicht erhöht. Der zweite Blick zeigte jedoch, dass bei Schwerbehinderten ein immenser Arbeitsanteil durch die Angehörigen und durch spitalexterne Betreuende (z.B. von den Pflegeheimen) geleistet wurde. Diese Arbeit geschieht aber informell und ist daher nicht monetär erfassbar, weshalb sie von Rüesch als die „dunkle Materie“ im Kosmos der Spitalpflege bezeichnet wurde. Die entsprechenden informellen Leistungen sind unverzichtbar, da der Spitalalltag von einer akutmedizinischen Kultur geprägt sei, in die schwerbehinderte Patientinnen und Patienten nur schwer zu integrieren sind. So können etwa Pflegende im Rahmen ihrer Arbeit für das Spital nur beschränkt psychologische, pädagogische und allgemein agogische Aufgaben übernehmen. Gemäss den befragten Pflegenden bleibt für diese Arbeiten im Spitalalltag kaum Zeit, wenngleich sie sich im Rahmen des Möglichen auch darum bemühten. Daher werden diese Aufgaben von Angehörigen und Bezugspersonen aus anderen Institutionen (besonders aus Pflegeheimen) übernommen.

www.zhaw.ch
zhaw

Bezug zur DRG-Einführung

Problem

- Schon heute werden in der Pflege und Betreuung schwerbehinderter Patienten im Akutspital wesentliche, unbezahlte Leistungen erbracht
- Folge: die DRG-Einführung könnte zunächst kaum ‚messbare‘ Auswirkungen auf die Behandlung dieser Patientengruppe haben
- Mittelfristig ist jedoch mit einer zusätzlichen Beanspruchung der Angehörigen und der Heim-Bezugspersonen zu rechnen

Quelle: Publikation

Diese Faktoren könnten laut Rüesch bei der Einführung der DRG längerfristig zu Problemen führen. Schon heute werden, wie gezeigt, in der Pflege und Betreuung schwerbehinderter Patientinnen und Patienten im Akutspital wesentliche unbezahlte Leistungen erbracht. Die Einführung der DRG könnte zunächst kaum messbare Auswirkungen auf die Behandlung

dieser Patientengruppe haben. Mittelfristig sei jedoch, so Rüesch, mit einer zusätzlichen Beanspruchung der Angehörigen oder anderer nahestehender Personen sowie der Heim-Bezugspersonen zu rechnen. Daher sei zu fragen, wie diese Zusatzbelastung bewältigt werden könne und ob – und gegebenenfalls wie – sie finanziell abgegolten werden sollte. Im Sinne einer Empfehlung formulierte Rüesch, dass expliziter festgehalten werden sollte, welche Leistungen erbracht werden und welche notwendig sind. Ein Teil der Arbeiten der Angehörigen sollte auch entschädigt werden können, denn es sei unsicher, ob all diese – bisher vor allem von Frauen wahrgenommenen – Aufgaben auch in Zukunft so selbstverständlich übernommen würden. Mit Blick auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen erachtet Rüesch es als problematisch, dass der Pflegebedarf nicht in die

Gruppeneinteilung und damit in die Berechnung der Pauschale einfließt. Diese Problematik werde auch in Deutschland, wo das System bereits angewandt wird, diskutiert.

Ansätze für einen erfolgversprechenden Umgang mit den dargestellten Schwierigkeiten, die sich bei Schwerbehinderten im Akutspital spezifisch ergeben, sieht Rüesch zum einen bei der integrierten Versorgung, zum anderen beim Case-Management. Hierbei würden im Wesentlichen die Nahtstellen zu den nachgelagerten Institutionen des Akutspitals verbessert (Hausärzte, Heime, Spitex, Rehabilitationseinrichtungen).

Zudem gäbe es ein Überleitungsmanagement von rehabilitationsbedürftigen Patientinnen und Patienten und ein Entlassungsmanagement von pflegebedürftigen Personen. Eine weitere Möglichkeit zur Abfederung der ausgeführten Problematik wäre laut Rüesch die Einführung von Komplexfallpauschalen, welche der gleichen Logik folgten wie die diagnosebezogenen Fallpauschalen. Die Leistungen würden bei diesem Instrument aber institutionenübergreifend oder sektorenübergreifend definiert. Dies würde bedeuten, dass beispielsweise die bisher gratis geleistete Begleitung durch Heimpflegepersonen, die im Spital stattfindet, auch einberechnet werden könnte. Das Problem, dass Betreuungslasten verstärkt auch auf Angehörige oder andere nahestehende Personen verlagert werden könnten, wäre damit allerdings noch nicht gelöst.

Forum Rehabilitation
zhaw

Bezug zur DRG-Einführung

Mögliche Lösungen

- integrierte Versorgung und Casemanagement
 - Verbesserung der Nahtstellen zu den nachgelagerten Institutionen des Akutspitals (Hausärzte, Heime, Rehabilitationseinrichtungen, Spitex)
 - Überleitungsmanagement von rehabilitationsbedürftigen Personen
 - Entlassungsmanagement von pflegebedürftigen Personen

- Komplexfallpauschalen
 - gleiche Logik wie DRG
 - aber Leistungen werden institutionen- oder sektorenübergreifend definiert

Quelle: Fachwissen 36

2.2 Diskussion

Kommissionsmitglied: Was könnten die Gründe dafür sein, dass die erbrachten Pflegeleistungen bisher nicht gemessen werden? Gibt es dazu eine Hypothese?

P. Rüesch: Es gab ein „Swiss Nursery Data-Projekt“, welches das Ziel verfolgte, hierzu eine Statistik zu erstellen. Das Projekt ist aber mittlerweile aus unbekanntem Gründen „eingeschlafen“.

Kommissionsmitglied: Die unbezahlte Arbeit wird selbstverständlich von Frauen geleistet, ist aber von grosser Bedeutung! Es wäre gerade für die Angehörigen wichtig, dass ihr Beitrag anerkannt würde. Aus welchen Gründen werden Behinderte, wie ausgeführt, selten am Tag der Einlieferung behandelt?

P. Rüesch: Über die Gründe für diese Tatsache kann man nur spekulieren. Hier handelt es sich um ein Ergebnis, das der Statistik entnommen werden kann. Es könnte beispielsweise

sein, dass es länger dauert, bis geklärt ist, welche Massnahmen nötig sind (wegen der Multimorbidität).

Kommissionspräsident: Wäre eine Erfassung der Pflegeleistungen denn möglich? Auch wenn dies zurzeit nicht gemacht wird, ist es doch interessant zu wissen, ob es theoretisch möglich wäre.

P. Rüesch: Es gibt mehrere Systeme, um die Leistungen der Pflegefachpersonen im Spital zu erfassen. Die Arbeit der Angehörigen, die informell ist, ist jedoch schwer zu messen. Es wäre schon ein Vorteil, wenn man sich schweizweit auf die Anwendung eines einheitlichen Systems zur Evaluation der Pflegearbeit einigen könnte und dies dann in die diagnosebezogene Fallpauschale einfliessen könnte.

Kommissionsmitglied: Zur Ökonomisierung und Evaluierung stellt sich eine grundsätzliche Frage: Ist die Richtung, in die diese Bestrebungen gehen, grundsätzlich stimmig? Es ist sehr beeindruckend, dass Angehörige Menschen betreuen, wenn sie in Kliniken sind! Das Evaluieren ist hier eine sehr heikle Sache – am Ende kommen wir so weit, dass auch das Sterben evaluiert wird. Wenn wir uns im vorherrschenden ökonomisch dominierten System bewegen, ist es so, dass die Pflege evaluiert und dokumentiert werden soll, aber es sollte hier die Frage gestellt werden, ob das wirklich der Weisheit letzter Schluss ist. Es kann jedenfalls nicht sein, dass die Pflegenden wegen der Evaluation mehr Zeit am Computer als bei den Patientinnen und Patienten verbringen, wie es heute schon zum Teil zu beobachten ist.

Kommissionssekretariat: In dreissig Jahren könnte die ganze Situation anders aussehen. Die Bereitschaft zur freiwilligen Pflege könnte geringer sein. Wie sieht es denn heute aus bei Personen ohne Angehörige?

P. Rüesch: Bei den Personen, die keine Angehörigen hatten, haben Pflegepersonen aus dem Heim diese freiwilligen Arbeiten geleistet; es gab niemanden, der keine Unterstützung hatte. Die Heime haben aber berichtet, dass sie, wenn sie unter stärkeren finanziellen Druck gerieten, diese Aufgaben wohl nicht mehr übernehmen könnten.

Kommissionsmitglied: Bei diesen Evaluationen wird alles berechnet und erfasst. Nur der so wichtige psychosoziale Teil „hat keinen Wert“. Dieses System ähnelt stark dem typischen „Ernährer-Modell“ bei der Führung eines Haushalts – einer leistet bezahlte Arbeit, alles andere bleibt unsichtbar. Das ökonomisch dominierte System teilt Arbeit in produktive und unproduktive Arbeit auf.

Kommissionsmitglied: In Deutschland, wo die diagnosebezogenen Fallpauschalen schon angewendet werden, ist die Psychiatrie davon ausdrücklich ausgenommen, was auch sinnvoll erscheint.

Kommissionsmitglied: Es ist gut, dass heute gedanklich noch einmal einen Schritt zurück gemacht werden konnte (hinter die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen).

Denn es geht in dieser Diskussion auch darum, neue Formen von Solidarität zu definieren, die nicht auf genetischer Verwandtschaft beruhen.

Kommissionsmitglied: Es gibt das System von Sozialzeitengagements, das jetzt eingeführt wurde. Der Haken dabei ist, dass dieses Engagement niedrig bezahlt wird – mit 14-16 Franken pro Stunde –, und dass die entschädigte Sozialzeit von Personen geleistet wird, die dieses Geld dringend brauchen, nicht von Freiwilligen, die es nicht unbedingt benötigen. So wird durch Freiwilligenarbeit Billiglohnarbeit produziert. Deshalb kann es kein guter Weg sein, wenn man – wie beispielsweise in St. Gallen – auf den Mehrbedarf an Pflegeleistungen mit der Erhöhung von Freiwilligenarbeit zu antworten versucht.

Kommissionssekretariat: Das neu einzuführende Fallpauschalen-System scheint von der bereits bestehenden Solidarität und der Bereitschaft zur Übernahme von Freiwilligenarbeit zu profitieren. Das ist nicht fair, wenn die damit erzielten Gewinne nicht den Betroffenen wieder zugute kommen. Eine andere Frage ist, wie die Pflege sinnvoll im neuen System einbezogen werden könnte oder ob es medizinische oder pflegerische Bereiche geben sollte, die von dem DRG-System ausgeklammert werden, z.B. Psychiatrie, Palliative Care oder Pädiatrie oder auch die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hoher Komorbidität?

Kommissionsmitglied: Es besteht die Gefahr, dass die Fallpauschalen die Spielräume so verengen, dass für die freiwilligen bzw. zusätzlichen Leistungen seitens der Pflegenden kein Platz mehr bleibt.

Kommissionsmitglied: Bereits jetzt wissen die Pflegenden ja, wie es im Vortrag von Herrn Rüesch ausgeführt wurde, dass sie mehr Zeit bräuchten, um alle Aspekte ihrer Arbeit abzudecken. Diese Zeit haben sie aber nicht und darunter leiden alle bereits jetzt schon.

Kommissionsmitglied: Ein wichtiger Gesichtspunkt ist auch, dass Behindertengruppen generell auf andere Menschen angewiesen sind. Das System des Akutspitals funktioniert nur, weil es dahinter ein anderes System (Private, Heime) gibt, das es trägt. Man kann daher das System Spital nicht isoliert betrachten. Die Heime werden jedoch ganz anders finanziert als die Spitäler.

Kommissionspräsident: Hier könnten die Komplexfallpauschalen, wie von Herrn Rüesch erläutert, helfen – dies ginge auch in Richtung der bereits formulierten Anliegen der NEK-CNE.

P. Rüesch: In Deutschland wird schon jetzt zum Teil so vorgegangen, dass der Fokus auf die Patientin und den Patienten gelegt wird, nicht auf die betreuende Institution (so dass eben ein Patient oder eine Patientin auch von mehreren Institutionen betreut werden kann).

Kommissionsmitglied: Im Hinblick auf die Versicherungen wäre es wichtig, den ganzen Betreuungsbogen in die Betrachtung einzubeziehen. Natürlich bleibt man mit diesen Überlegungen auch innerhalb des ökonomischen Systems – vielleicht gibt es dazu keine

Alternative? Eine komplexere Ausgestaltung der Fallpauschalen würde zumindest die Anliegen der verschiedenen Stellen (Heime, Spitäler) ernst nehmen.

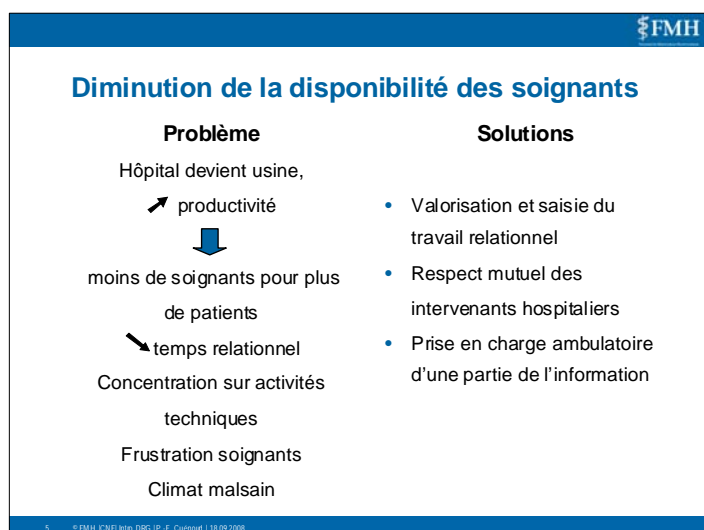
Kommissionssekretariat: Gibt es ein Interesse zu untersuchen, ob die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen zu einer Mehrbelastung der Angehörigen und anderer nahestehender Personen oder der Heimangestellten führen würde?

P. Rüesch: Interesse gibt es natürlich. Auch die Forschung bewegt sich jedoch innerhalb von ökonomisch definierten Rahmenbedingungen und benötigt eine Finanzierung. Die Frage berührt aber ein grosses Thema, gerade im Bereich der Pflege von Dementen.

2.3 Dr. med. Pierre-François Cuénoud: Les problèmes principaux dans une perspective institutionnelle

Eingangs stellte Dr. med. Pierre-François Cuénoud³ die grössten aus institutioneller Perspektive zu erwartenden Schwierigkeiten dar, welche aus seiner Sicht mit der Einführung der SwissDRG verbunden sind. Das Instrument der diagnosebezogenen Fallpauschalen könnte, so Cuénoud sowohl zu einer Qualitätsminderung in der Behandlung als auch zu einem Verlust der therapeutischen Freiheit seitens der Ärztinnen und Ärzte führen.

Die Pflegenden hätten in der Tendenz weniger Zeit und freie Ressourcen für informelle Leistungen, da sie „produktiv“ arbeiten müssten. Schliesslich könnte gemäss Cuénoud das Risiko ansteigen, dass Menschen zu früh aus dem Spital entlassen würden (so genannte „blutige Entlassungen“), weil die Institution auf diese Weise Geld zu sparen vermöchte. Darüber hinaus ist laut



Cuénoud nicht garantiert, dass die realen Kosten eines bestimmten Pflegefalls gedeckt würden, was unter anderem zu einer Vernachlässigung nicht lukrativer Diagnosegruppen führen könnte. Sodann gelte es gegenüber der Gefahr einer unsicheren Handhabung der Patientendaten wachsam zu sein und die Vorherrschaft der ökonomischen Perspektive, die sich in der Medizin zunehmend durchsetze, im Auge zu behalten.

Mit Blick auf die Lösung der genannten Schwierigkeiten sind gemäss Cuénoud unter anderem die Qualitätskontrolle sowie die Zusicherung, dass die Ärztinnen und Ärzte ihr freies Urteilsrecht behalten können, von besonderer Bedeutung. Ebenso sei der Respekt

³ Pierre-François Cuénoud, Dr. med., ist Mitglied des Zentralkomitees der FMH und dort der Leiter des Ressorts SwissDRG. Zudem ist er Mitglied des Verwaltungsrates der SwissDRG AG.

zwischen den einzelnen Gruppen von Pflegenden (Ärztenschaft, Pflegende der Heime, Angehörige und andere nahestehende Personen) besonders wichtig. Bei der Entlassung aus dem Spital sollte klar sein, wohin die Patientin oder der Patient kommt und wie die Sicherheit gewährleistet werden kann. Die Kommunikation zwischen Spital, Rehabilitations-Institutionen und Heimen müsste verbessert werden. Um die realen Kosten zu decken, sei es schliesslich bedeutsam, dass die einzelnen Fallgruppen sowohl medizinisch als auch ökonomisch möglichst homogen sind. Zusatzentgelte sowie spezielle Prozeduren für Neuerungen sollten möglich sein (wie in Deutschland, wo neue Untersuchungsmethoden vor der Einführung erprobt werden können). Das Problem des *upcoding* (Einteilung der Patientinnen und Patienten in möglichst lukrative Diagnosegruppen) sollte durch eine neutrale Kontrolle vermindert werden. Zugleich wird es gemäss Cuénoud zentral sein zu prüfen, wer Zugang zu Patientendaten haben darf und zu verhindern, dass alles systematisch an die Versicherer weitergegeben werden kann. Die ökonomische Perspektive, die den DRG auf besondere Weise zugrunde liege, sollte laut Cuénoud aufgebrochen werden – die Ärztinnen und Ärzte sollten nicht für ökonomische Leistungen bezahlt werden, sondern für die Qualität der Behandlungen.

FMH

Prééminence de la vision économique

Problème	Solutions
<p>« Economisation » à tout crin</p> <p style="text-align: center; font-size: 2em; color: #0056b3;">↓</p> <p>N'est effectué que ce qui rapporte</p> <p>Comportement déviant des médecins décideurs</p> <p>Médecine à deux vitesses</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sortir de la logique du « salaire au mérite » • Médecins ne doivent pas être rétribués pour le bénéfice financier de leur service, mais pour la qualité qu'ils y produisent • Eviter monisme des assureurs

11 © FMH (CME) Intro DRG | P.-F. Casinat | 18.09.2008


Abschliessend betonte Cuénoud, dass es in der gesamten Debatte um die DRG auch die Tatsache zu beachten gelte, dass die Gesundheit kein Konsumgut sei, und es daher in diesem Bereich eine Grenze für Konkurrenz gebe. Die Patientinnen und Patienten hätten häufig nicht die Möglichkeit frei zu wählen, welche Therapien sie möchten (da sie eben krank und geschwächt seien, oder nicht genügend

Kenntnisse der gegebenen Situation hätten, um eine Auswahl zu treffen). Das Wohl der Patientin und des Patienten sollte in jedem Fall über ökonomischen Kriterien stehen. Als zweiten abschliessenden Punkt forderte Cuénoud, dass eine Begleitforschung zur Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen eingerichtet werde, die schon vor der Einführung beginnen müsse (um so den Zustand vor und nach der Einführung vergleichen zu können). In Deutschland sei dies versäumt worden, was nun sehr bedauert werde.

2.4 Dr. phil. nat. Bernhard Wegmüller: Qualität, Personal und Prozesse

Dr. phil. nat. Bernhard Wegmüller⁴ erinnerte einleitend daran, dass es in der Schweiz einige Kantone gebe, in denen das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen schon heute zur Anwendung gelange (z.B. das Tessin). Dies müsse in der Diskussion ebenso im Auge behalten werden wie der Umstand, dass die DRG immer im Verhältnis zu den alternativen Abrechnungsmodellen zu beurteilen seien (Tagespauschale/Budget). Dementsprechend sollte man, wie Wegmüller festhielt, auf die Erfahrungen aus dem Ausland und aus den Kantonen, die das System bereits anwenden, eingehen.

In der Diskussion um die DRG gebe es, so Wegmüller, mehrere Dimensionen, die beachtet werden müssten. In den Spitälern seien die Qualität, das Personal und die Entwicklung der Prozesse besonders wichtig. H+ wolle mit Spitalqualitätsberichten zur Information der Bevölkerung beitragen. Diese Berichte sollen laienverständlich und kurz gehalten sein (max. 15 Seiten) und den Benutzerinnen und Benutzern einen raschen Überblick bieten. Derzeit, so Wegmüller, seien für die Akutsomatik acht Indikatoren⁵, an denen sich die Qualitätsberichte orientieren werden, in Weiterentwicklung. Für die Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege gebe es Testversionen. Auf einer Website (www.spitalinformation.ch) soll man sodann nach verschiedenen Kriterien nach dem geeigneten Spital suchen können. Seit März 2008 sei eine dreisprachige Suche bereits möglich, zum Teil gebe es sogar schon die Fallzahlen und Qualitätsberichte der Spitäler. Dies werde weiter ausgebaut. Auch Branchenberichte seien in Arbeit, in denen die einzelnen



6. Rolle der Akteure aus Sicht von H+

- + Bund (BAG, BFS, OBSAN):
 - + Nationales Monitoring der Qualität (Versorgungsforschung, Regionale Unterschiede, internationale Vergleiche, Schnittstellenprobleme, usw.)
 - + Vorgaben an Leistungen, Leistungserbringer
- + IVQ/KIQ (Spitäler, Kantone, Versicherer):
 - + Festlegen der auszuweisenden Qualitätskennzahlen
 - + Anforderung einheitliche Messmethoden
- + H+ qualité (Spitäler, Kliniken):
 - + Bestimmen der einheitlichen Messmethoden
 - + Ausweis und Kommentar der Qualitätskennzahlen
 - + Externe Überprüfung der Qualitätskennzahlen (Label)
 - + Information an Öffentlichkeit, Kantone, Versicherer

8 Hearing NEK-CNE vom 18.09.08

Spitalqualitätsberichte ausgewertet würden. Ziel des Labels *H+ qualité* sei es, eine normative Grundlage zu bieten für die Messung der Qualität von erbrachten Leistungen sowie eine Bündelung der zahlreichen Qualitätsbestrebungen der Spitäler unter einem Dach zu ermöglichen. Inhaltlich soll von Fachleuten entschieden werden, wie die Qualität gemessen werden könne.

Wegmüller legte einen besonderen Akzent seiner Überlegungen auf die Frage, wie mit Blick auf die Qualitätsmessung und -sicherung bei der Einführung der DRG die Zuständigkeiten der verschiedenen Akteure verteilt sein sollten. Der Bund soll, so Wegmüller, ein nationales

⁴ Bernhard Wegmüller, Dr. phil.nat., ist Direktor von H+ Die Spitäler der Schweiz und Mitglied im Verwaltungsrat von SwissDRG AG:

⁵ Spitalinfektion, Rehospitalisation, Mortalität, Fallzahlen, Dekubitus, Stürze (Pflege-Indikatoren), Komplikationsraten, Patientenzufriedenheit.

Monitoring der Qualität sicherstellen und Vorgaben im Hinblick auf die Leistungen machen. Die Spitäler, Kantone und Versicherer sollten die auszuweisenden Qualitätskennzahlen festlegen und Anforderungen an einheitliche Messmethoden formulieren. *H+ qualité* schliesslich obläge es, in den Spitälern und Kliniken einheitliche Standards zu bestimmen, den Ausweis und Kommentar der Qualitätskennzahlen zu übernehmen, eine externe Überprüfung der Qualitätskennzahlen durchzuführen (Label) und die Öffentlichkeit, Kantone und Versicherer zu informieren.

Für das Personal der Spitäler sollten in Zukunft Bildungskosten in den Preisen inbegriffen sein (mit Ausnahme der universitären Ausbildung und der Weiterbildung bis zum Facharztittel). Die grösste Herausforderung der Fallpauschalen liegt laut Wegmüller in der heute schon bestehenden Personalknappheit und einer „Trittbrettfahrerproblematik“. Zudem müsse geklärt werden, wer die ärztlichen Weiterbildungen zahlt. Weitere Herausforderungen (auch mit Blick auf die Situation, wie sie in Deutschland zurzeit besteht) seien die Abwägung von politischen gegen medizinische und ökonomische Ziele; ebenso gelte es, die regionale Versorgung sorgfältig gegen Vorgaben der Zentralisierung und Spezialisierung abzuwägen sowie die Planungs- gegen Investitions- und Leistungsentscheide auszutarieren.

2.5 Dieter Baumberger: DRG aus der Sicht der Pflege

In der Einleitung zu seinem Votum äusserte sich Dieter Baumberger⁶ zustimmend zur Beurteilung der Situation durch seinen Vorredner: Auch das jetzige System sei nicht optimal, insofern stellten die diagnosebezogenen Fallpauschalen eine Chance dar, neu zu beginnen. Gemäss Baumberger könne es nur schon deshalb nicht darum gehen, die Einführung der DRG grundsätzlich in Frage zu stellen. Wichtig schiene es ihm aber, den Patientenbezug zu stärken, nicht den Bezug auf Organisationseinheiten. Baumberger ging von einer Gegenüberstellung der klinischen und der ökonomischen Sicht auf die diagnosebezogenen Fallpauschalen aus: Aus klinischer Sicht laute die Frage, ob das neue System so aufgebaut sei, dass die Leistungen und deren Erlöse angemessen abgebildet würden. Die Ökonomie dagegen lege den Fokus auf die Optimierung der Arbeitsprozesse. Ziel sollte es laut Baumberger sein, beide Sichtweisen zusammenzubringen.

Die Pflege und deren Einbezug ist für Baumberger besonders bedeutsam, da sie in der Regel das grösste Kostenmodul darstellt (ökonomisch gedacht könnte hier bei Optimierung schnell gespart werden und das Erlöspotential wäre hoch; allerdings könnten sich hier auch schnell Verluste ergeben). Entsprechend gebe es Ängste, dass die Pflege im Zuge der Einführung der DRG zu einer „Manövriermasse“ werden könnte. Die Gefahr der


⁶ Dieter Baumberger ist dipl. Pflegefachmann und Pflegewissenschaftler MNSc. Er leitet das Ressort Forschung und Entwicklung bei der LEP AG. Für den Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner war er Mandatsträger im SwissDRG Verein bis dieser Anfang 2008 in eine Aktiengesellschaft (SwissDRG AG) überführt wurde.

Inhomogenität bei der Definition einer Diagnosegruppe zeige sich besonders bei den Pflegeleistungen und sei auch schon länger bekannt. Es schiene daher sinnvoll, Homogenitäten zu überprüfen und Pflegeindikatoren zu suchen. Dies ist gemäss Projekt SwissDRG auch vorgesehen⁷ und der Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter (SVPL) und der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) haben ein entsprechendes Projekt in Gang gesetzt.⁸ Die Pflege sollte wenn möglich besser in den DRG abgebildet werden – hierzu kann nach weiteren Klassifikationskriterien gesucht werden.

Wie seine Vorredner hob Dieter Baumberger die Bedeutung der Begleitforschung zur Einführung der DRG hervor. Ausserdem fehlten laut Baumberger, noch Definitionen und Indikatoren für die Messung und die Sicherstellung der Behandlungsqualität. In Deutschland etwa sei es möglich, dass von der Pflege aus direkt Anträge auf eine Änderung der DRG gestellt werden. Dies sollte aus seiner Sicht auch in der Schweiz

ermöglicht werden. In der Schweiz gebe es das dichteste Erfassungssystem von Pflegedaten weltweit. Eine zentrale Sammelstelle fehlt jedoch, sodass zurzeit jedes Spital einzeln angefragt werden muss.

Um die Problematik der DRG zu verdeutlichen, führte Baumberger das Beispiel einer nicht unwahrscheinlichen Konstellation in Zusammenhang mit einer Vitrektomie an: Eine Vitrektomie ist eine einfache Augenoperation, die eigentlich auch leicht zu klassifizieren ist. Viele Patientinnen und Patienten leiden aber unabhängig davon unter einer Stressinkontinenz – es gebe also gleichsam zwei Patientengruppen, eine mit und eine ohne Inkontinenz. In der Logik der diagnosebezogenen Fallpauschalen, so Baumberger, sei ein solcher Fall, in dem die Inkontinenz quasi als Nebenwirkung der Operation auftritt, jedoch oft nicht vorgesehen. Gerade die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Inkontinenz sei aber für die Pflegenden sehr arbeitsintensiv. DRG Systeme böten allerdings oft keine Möglichkeit, solche für die Pflege leistungsrelevante Umstände adäquat abzubilden. Baumberger äusserte abschliessend die Befürchtung, dass Verhältnisse, wie sie in der



Lösungsvorschläge

- ✓ Begleitforschung definiert: vorher/nachher (...)
- ✓ Indikatoren Behandlungsqualität/
Behandlungsrichtlinien definiert
- ✓ statistische Referenzwerte definiert: CV, R² (...)
- ✓ Mehrfachbehandlungen
- ✓ KTR: Umlegen → Fallbezug; Gewichtung mit
PLE (Pflegeleistungseinheiten; PRN; LEP)
- ✓ Reportingsysteme für Pflege

NEK_080918 9

⁷ Vgl. Projekt SwissDRG Teilprojekt 1: Regeln für die Berechnung der Relativgewichte und Empfehlungen für die Berechnung des Basispreises, 2005
http://www.swissdr.org/assets/pdf/de/SwissDRG_RGB_d.pdf (letzter Zugriff: 16.12.2008).

⁸ Vgl. SVPL, Pflegeleistungsdaten (LEP und PRN) zur Verbesserung der Fallgruppen mit SwissDRG 2008 <http://www.svpl.ch/index.php?gesundheitspolitik> (letzter Zugriff: 16.12.2008).

Pflege in Deutschland herrschen, über DRG in die Schweiz importiert würden – zur Situation in Deutschland lägen bereits erste besorgniserregende Daten vor.⁹

2.6 Diskussion

Kommissionsmitglied: Wenn Neuerungen im DRG-System eingeführt werden sollen: Wer schlägt das vor und wer bestimmt, ob es gemacht wird?

P.-F. Cuénoud: Das ist noch nicht vorgegeben, es sollte jedoch nicht wie in Deutschland organisiert werden. Der Nachteil des dortigen Systems liegt im Erteilen der Erlaubnis – jedes Spital muss einzeln mit den Versicherern verhandeln. Es wäre besser, eine Lösung zu finden, wo die Einführung von Neuerungen zentraler geregelt und somit „zwingender“ wäre.

Kommissionsmitglied: Was bedeutet der Begriff „Trittbrettfahrer“ im Zusammenhang mit den Fallpauschalen? Wer wäre das?

B. Wegmüller: Gemäss revidiertem Krankenversicherungsgesetz werden die Kosten für die Aus- und Weiterbildung des Personals über die Preise abgegolten. Wenn die Spitäler das Geld einziehen, aber nicht ausbilden, wäre das problematisch.

Kommissionsmitglied: Was bedeutet es, wenn – wie zu Beginn des Votums – gesagt wird, es gebe keine Alternative zum System der diagnosebezogenen Fallpauschalen?

B. Wegmüller: Es gibt sicherlich Alternativen, diese haben aber auch ihre Restriktionen. Auch das System eines „Globalbudgets“ etwa hat Schwachpunkte. Man sollte nicht nur schauen, ob ein System gut ist, sondern auch, welche Alternativen es gibt.

Kommissionsmitglied: Ist es das Ziel von *H+ qualité*, Zahlen über die einzelnen Spitäler nach bestimmten Qualitätskriterien vorzulegen?

*B. Wegmüller: Ja. Das Label ist noch in der Definitionsphase und die Prozesse sind noch zu überprüfen. Auf der Webseite von *H+ qualité* sollen aber primär Zahlen bekannt gegeben werden.*

Kommissionsmitglied: Wie sind die Verhältnisse in Deutschland zu umschreiben?

D. Baumberger: Es werden weniger und kürzere pflegerische Leistungen angeboten, z.B. weniger Gespräche. Allerdings gibt es keine Indikatoren, nach denen gemessen und verglichen werden könnte. Ohne zu werten, ist kein genauer Vergleich durchführbar, auf jeden Fall sollten deutsche Verhältnisse nicht als Richtwerte genommen werden.

Kommissionsmitglied: Eine zentrale Frage scheint zu sein, wem das DRG-System nützt, beziehungsweise wem es schadet.

P.-F. Cuénoud: Man strebt mit der Einführung der DRG nach einer Vereinfachung der Prozesse, danach, ein Werkzeug zu haben, das für die Patientinnen und Patienten nützlich und auch finanziell lohnend ist. In Bezug auf das Beispiel der Vitrektomie sollte es durchaus

⁹ Vgl. Simon, Michael (2008): Modellrechnung zur Schätzung der gegenwärtigen Unterbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser. Fachhochschule Hannover. Online verfügbar unter: http://www.fh-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Modellrechnung_Unterbesetzung.pdf (12.12.2008).

möglich sein, diesen Fall in der DRG-Logik abzubilden. Die Inkontinenz wäre eine Komorbidität, die öfter vorkommt und in diesem Sinn reproduzierbar ist. Das System muss subtil genug sein, um solche Fälle einzubeziehen. Allerdings wird dies wohl nicht gleich bei der Einführung 2012 gelingen. Das System sollte jedoch dynamisch sein und sich entwickeln können.

B. Wegmüller: Heute ist das Abrechnungssystem in unserem Land völlig offen. Es gibt sozusagen einen Topf, aus dem alles bezahlt wird, und dies ist nicht transparent. Was das Spital mit dem Geld macht, wo genau es eingesetzt wird, ist nicht klar. Mit der Einteilung in Fallgruppen könnte zielgerichteter auf Patientengruppen eingegangen werden und die Mittel könnten finanziell und personell besser verteilt werden. Die Ressourcenverteilung sollte möglichst optimiert werden.

Kommissionsmitglied: Es gibt in dieser Diskussion einige erstaunliche Punkte, sodass die Frage aufkommt, ob die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen ein notwendiges Übel oder das Resultat einer gut überlegten rationalen Entscheidung ist.

P.-F. Cuénoud: Seit den 1960er-Jahren gibt es z.B. in den USA Erfahrungen mit diesem System. Der klassische Fall vor der Einführung war die Tagespauschale, die in der Regel dazu führt, dass die Patientinnen und Patienten sehr lange im Spital behalten werden. Ausgangspunkt für einen Wechsel war die Einführung einer Fallpauschale. Allerdings wurden dann zum Beispiel 6000 Fr. für einen chirurgischen Fall gezahlt, egal, was es genau war. Wenn also ein junger Mann mit Bauchschmerzen am Blinddarm operiert wurde und schnell wieder nach Hause konnte, gab es dafür das gleiche Geld wie für eine Patientin oder einen Patienten, der Krebs hatte und dessen Behandlung viel länger und komplizierter war. Dies war kein gutes System und erschwerte auch den Vergleich zwischen den Spitälern. Das System der diagnosebezogenen Fallpauschalen ist nicht zuletzt deshalb besser, weil es hier eine Rolle spielt, wie krank die Patientin oder der Patient ist.

Kommissionsmitglied: Die Zufriedenheit mit dem System scheint relativ verschieden zu sein.

P.-F. Cuénoud: Im Vergleich zu Deutschland können wir sehr zufrieden sein. Die Art, wie die Arbeit im Spital aufgezeichnet wird, kann dort verbessert werden. Die Codierung ist in Deutschland noch sehr mühsam, z.B. wird häufig je nach verschriebener Dosis eines Medikaments ein unterschiedlicher Code verwendet. Wenn bei Krebs z.B. jemand ein Medikament in einer Dosis von 5-12 mg benötigt, wird ein anderer Code benutzt, als bei einer Dosis über 12 mg, da die Medikamente sehr teuer sind. Dies ist für die Ausführenden mühsam.

Kommissionsmitglied: Wer ist für die Codierung verantwortlich?

P.-F. Cuénoud: Die Verantwortlichkeit der Codierung soll bei der Ärztin und beim Arzt bleiben und der Staat sollte hier die allgemeine Kontrolle haben.

C. Hess: Es gibt aber viele deutsche Ärztinnen und Ärzte, die sich das alte System zurück wünschen. Gerade bei der Onkologie wird wegen der teuren Medikamente oft das Schema nicht eingehalten. Es wird nicht nach Guidelines gehandelt, sondern irgendwie, wie es eben geht. So entstehen bei den Patientinnen und Patienten viele Zusatzprobleme.

M. Losa: Die Frage, wem dieses System nützt, die vorhin gestellt wurde, ist eine gute und wichtige Frage. Es wird zwar gesagt, dass es nicht das erste Ziel sei, Kosten einzusparen. Glauben wir wirklich an diese Aussage? Es wird kein wirkliches Argument angeführt, das ein anderes Ziel ins Zentrum stellt. In Deutschland wurde immerhin öffentlich gesagt, dass es um die Kosten gehe.

Kommissionssekretariat: Es soll bei SwissDRG um die Transparenz von Kosten und Leistungen gehen, sowie um die Vergleichbarkeit der Spitäler und generell um eine Qualitätssteigerung.

M. Losa: Werden wir das erreichen? Wird das DRG-System diese objektive Vergleichbarkeit ermöglichen? Es gibt Leute, die das alte System nicht mehr möchten und solche, die unbedingt wieder zurück möchten. Wichtig erscheint die philosophische Fragestellung: Wir stellen die Einzigartigkeit einer Patientin oder eines Patienten der Einteilung in medizinische Gruppen entgegen. Dies ist für eine Ärztin oder einen Arzt ein schwieriges Problem, da es sich bei den DRG nicht nur um ökonomische, sondern auch um medizinische Gruppen handelt.

Kommissionsmitglied: Wie ist es zu erklären, dass in der Schweiz bereits mit dem alten System die Hospitalisationszeit massiv verkürzt wurde (z.B. in der Psychiatrie von 200 auf 29 Tage)? Die höchsten Kosten entstehen immer im letzten Lebenshalbjahr eines Menschen unabhängig vom Alter, das er erreicht. Was bedeuten die diagnosebezogenen Fallpauschalen für dieses letzte halbe Jahr?

D. Baumberger: Es kann gezeigt werden, dass sich Länder mit und ohne diagnosebezogene Fallpauschalen in Bezug auf die Dauer der Hospitalisationen kaum voneinander unterscheiden. Diese wird überall kürzer.

C. Hess: Das Thema des Lebensendes ist sehr schwierig; schliesslich kann man nicht nach Guidelines sterben. Die diagnosebezogenen Fallpauschalen könnten hier sogar zu einer Kostenvermehrung führen.

B. Wegmüller: Die Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Spital wird in der Politik oft als Schlagwort gebraucht. In Berlin wurde in einem grossen Spital die Behandlung patientenorientiert durchgeführt und nicht auf die Abteilung des Spitals bezogen. Spitalprozesse wurden also in Patientenprozesse umgemünzt. Damit gab es gute Erfahrungen. Die End of Life-Problematik hängt weniger mit dem System zusammen. Die Mortalität sollte einbezogen werden in das System, aber nicht so, dass die Leute nicht mehr im Spital sterben können.

P. Vogt: Die Mortalität kann in diesem System nur durch Manipulation gesenkt werden. Eine richtige Kontrolle müsste die Mortalität definieren und auch die Patientinnen und Patienten, die in der Rehabilitation oder zu Hause sterben, einbeziehen. Es gäbe dafür Kriterien, aber es wird viel betrogen.

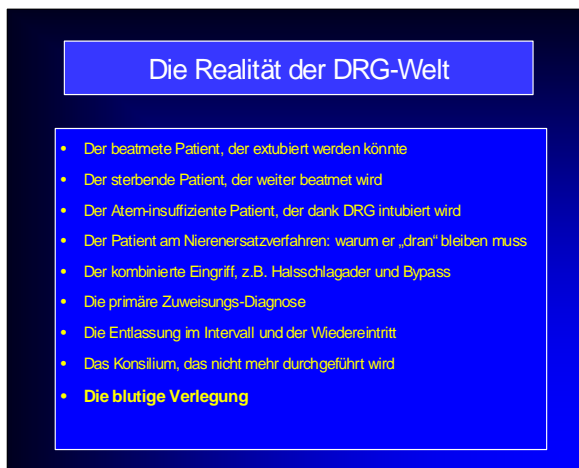
C. Hess: Sicher ist, dass sich jemand für sterbende Menschen engagieren muss. Sterbende wegzuschieben zeugt von einer falschen Kultur. Eine andere Kultur des Sterbens wäre wichtig.

P.-F. Cuénoud: Zur Aufenthaltsdauer im Spital ist noch zu sagen, dass diese stark von der Beratung durch die Ärztinnen und Ärzte abhängt. Normalerweise bleiben die Patientinnen und Patienten im Spital, wenn die Ärztin oder der Arzt sagt, dass dies notwendig sei. Dies zeigt, wie viel die Ärztinnen und Ärzte letztlich steuern.

3 Klinisch-medizinische Aspekte der Einführung der DRG

3.1 Prof. Dr. med. Paul Robert Vogt: Swiss DRG – Chance oder Katastrophe

Zur Einleitung erläuterte Prof. Dr. med. Paul Vogt¹⁰, dass er während seiner Tätigkeit als Ordinarius an der Universitätsklinik Gießen zwischen 2000 und 2006 den Übergang zum System der diagnosebezogenen Fallpauschalen erlebt habe. Deshalb sei er in Sorge um das



Schweizer Gesundheitswesen, das immerhin von der OECD als sehr gut dargestellt werde. Das Gesundheitswesen sollte laut Vogt nicht als eine Last betrachtet werden, doch sei es aufgrund des immer höheren Durchschnittsalters unvermeidlich, dass die Kosten weiter steigen werden. Dies, so Vogt, ist mit keinem System zu ändern. Klar ist einzig: Rationierung und Wettbewerb haben im Gesundheitssystem nichts zu suchen.

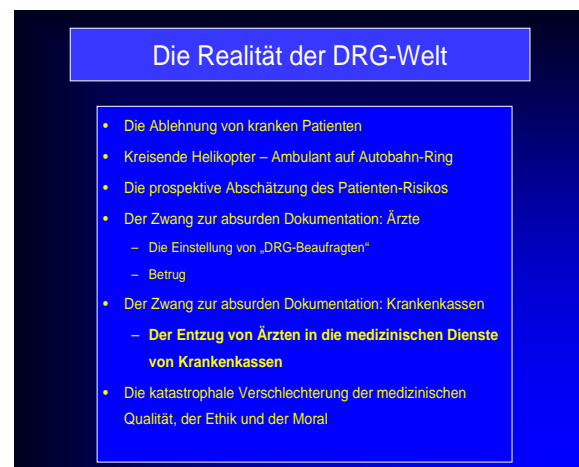
Vogt bezeichnete es als fragwürdig, dass sich die Schweiz an Deutschland orientieren möchte, obwohl das DRG-System sich dort sehr negativ auswirkt (das *New England Journal of Medicine* habe schon vor einiger Zeit festgestellt, dass es in Deutschland eine Krise gebe).¹¹ Zur Veranschaulichung führte er einige in Deutschland erlebte Beispiele an, unter anderem den Fall der bereits in anderen Voten erwähnten blutigen Verlegung. Auch Fälle

¹⁰ Paul Vogt, Prof. Dr. med., ist Facharzt FMH für Herz- und thorakale Gefässchirurgie an der Klinik Im Park, Zürich und am HerzGefässZentrum Zürich.

¹¹ Nowak, Dennis 2006: Doctors on Strike – The Crisis in German Health Care Delivery. In: *The New England Journal of Medicine*,. 355:15, S. 1520-1522.

von Patientinnen und Patienten, die beatmet werden, aber eigentlich extubiert werden könnten oder solchen, die beatmet wurden, obwohl sie im Sterben lagen, sind bekannt (beides, um den „Fall“ einer Gruppe zuordnen zu können, die mehr Punkte bringt). Zum Teil würden kranke Patientinnen und Patienten von den Spitälern nicht aufgenommen oder Sterbende wurden im Hubschrauber gelassen, weil die Kliniken ihre Statistiken nicht durch Todesfälle „belasten“ wollten. Die Ärztinnen und Ärzte wandern in Deutschland in die medizinischen Dienste ab, da ein grosser Verwaltungsapparat benötigt wird, um die diagnosebezogenen Fallpauschalen zu bearbeiten und die Tätigkeit dort lukrativer und weniger belastend ist. Diese Ärztinnen und Ärzte fehlten dann aber in den Kliniken. Der Zwang zur Dokumentation führe zu Betrügereien und zur Verschlechterung der medizinischen Qualität sowie der moralischen Einstellung des Personals. Der Bereich der Administration werde im Vergleich zu jenem der Leistungserbringer viel grösser.

Allerdings könne die bisher in der Schweiz etablierte Art der Qualitätskontrolle, so Vogt, hier keine Abhilfe schaffen, da sie keine valablen Ergebnisse zu Tage führe. So sagen Fragebögen zur Qualitätsbeurteilung, die man im Internet ausfüllen muss, nichts über die Qualität der eigentlichen Arbeit aus. Paul Vogt zeigte sich daher überzeugt, dass keine singuläre Massnahme dienlich sein werde, um die Kosten zu senken. Nur ein umfassendes Konzept könnte diesbezüglich eine Verbesserung bringen. Die Zahl derjenigen, die keine medizinischen Leistungen erbringen, sollte beschränkt werden; es braucht dringend eine richtige Qualitätskontrolle und die politischen Entscheidungsträger sollten nicht von Kassengeldern profitieren dürfen.



Die Realität der DRG-Welt

- Die Ablehnung von kranken Patienten
- Kreisende Helikopter – Ambulant auf Autobahn-Ring
- Die prospektive Abschätzung des Patienten-Risikos
- Der Zwang zur absurden Dokumentation: Ärzte
 - Die Einstellung von „DRG-Beauftragten“
 - Betrug
- Der Zwang zur absurden Dokumentation: Krankenkassen
 - **Der Entzug von Ärzten in die medizinischen Dienste von Krankenkassen**
- Die katastrophale Verschlechterung der medizinischen Qualität, der Ethik und der Moral

3.2 Dr. med. Christian Hess: Zum Menschenbild hinter den DRG und seinen Folgen für das Gesundheitswesen

An die kritischen Ausführungen des Vorredners anschliessend richtete Dr. med. Christian Hess¹² den Fokus seines Votums einerseits auf Fragen des Menschenbildes, das dem jeweiligen System zugrunde liegt, sowie andererseits auf die vorhandenen Ressourcen. Durch die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen besteht für Hess die Gefahr der Reduktion des Menschenbildes auf eine materialistische Ebene. Zuwendung, Empathie oder Zeit zur Begleitung seien Faktoren, die in der DRG-Logik nicht mehr abgebildet werden können. Da sie folglich nicht vergütet werden, bestehe die Gefahr, dass sie auch nicht mehr

¹² Christian Hess, Dr. med., ist Chefarzt für Innere Medizin am Bezirksspital Affoltern a.A.

gelebt werden könnten. Da im DRG-System nur Diagnosen einen Geldwert besitzen, wird es mit dessen Einführung einen Zwang zur Diagnose geben, obwohl man im Spitalalltag vielen Beschwerden begegne, die sich nicht als Diagnosen klassifizieren liessen. So ergebe sich die Gefahr der Überbehandlung und Stigmatisierung. Mit der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen können, so Hess, keine Ressourcen gespart werden. Die zusätzlichen Kosten, welche die Implementierung, Aufrechterhaltung sowie Kontrolle des DRG-Systems zwingend beinhalten, können somit nur auf der Seite der Patientin oder des Patienten abgezogen werden. Gefahren für die Qualität der Behandlung sieht Hess ebenfalls im Bereich der „blutigen Entlassungen“, aber auch beim sogenannten Drehtüreneffekt (eine Patientin oder ein Patient wird als von einer diagnostizierten Krankheit geheilt entlassen und tritt unter einer neuen Diagnose sofort wieder ein) sowie bei der Komplexität von Krankheitsbildern, die nicht in eine „Hauptdiagnose“ und „Nebendiagnosen“ aufgeteilt werden können. Zudem seien die Leistungen nicht festgelegt, sondern würden je nach Anreiz ausgebaut oder minimiert. Es gebe keine Transparenz, da alles virtuell abgehandelt werde.

Bezirksklinik Affoltern
DRG-Hearing der NEK

4. Patientin / Patient :

- Oekonomische „Ware“, die sich in Geld/Gewinn umsetzen lässt
- Überbehandlung relativ Gesunder
- Unterbehandlung schwer Kranker
- Vernachlässigung psychosozialer Aspekte
- Fragmentierung des Menschen bzw. der Behandlung
- Instrumentalisierung / Autonomieverlust

19

Auch die Qualitätskontrolle, welche als Sicherung angeboten wird, sei im DRG System schwierig, weil die etablierte Outcome Messung, welche zur Verfügung steht, das Hauptproblem im DRG System gar nicht erfasse. Im DRG-System wird laut Hess das Hauptproblem die Indikationsstellung sein, die sich daran ausrichten könnte, mehr Geld zu generieren (Stichwort:

Mengenausweitung). Eine Qualitätskontrolle der Indikationsstellung existiert aber nicht. Hess gibt zu bedenken, dass die Qualitätsmessung des heutigen Zuschnittes nur den Outcome misst, der gut sein soll, sowie Spitalinfektionsraten und Rehospitalisationen, die klein sein sollen, und Fallzahlen bzw. den Case load, welcher gross sein soll (vgl. die Aufführung von Indikatoren für die Aktusomatik oben in Fussnote 5). Mit andern Worten, alles was heute gemessen wird, kann sich in einem Patientenfall positiv abbilden, obschon medizinisch unter Umständen das Falsche gemacht wurde. Man könnte sich z.B. für eine Operation entscheiden, nicht weil die Indikation dafür eindeutig gegeben wäre, sondern weil man nach Anreizen handelt, die nahelegen, eine solche Indikation zu stellen.

Anhand des Beispiels einer Blinddarm Operation versuchte Hess seine Bedenken zu verdeutlichen: Ein 13-jähriges Mädchen wird, so der imaginäre Fall, mit Bauchschmerzen eingeliefert. Aufgrund eines Verdachts auf Appendicitis wird der jungen Frau der Blinddarm

entfernt. Es gibt einen relativ blanden Befund und eine Entlassung nach drei Tagen. Alle Beteiligten sind zufrieden, weil es schnell ging, keinen Infekt und keine Rehospitalisation gab. Allerdings wurde eventuell ein Mädchen operiert, das gar nicht an einer Appendicitis litt! Eine zweite Variante des gleichen Falles wäre die folgende: das Mädchen würde untersucht und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte würden in ihrer Beurteilung die Gesamtsituation betrachten und einbeziehen. Der Verlauf würde abgewartet und einige Tage später, nach einem Gespräch über die Pubertät mit Einbezug der Mutter, würde das Mädchen entlassen. Das Problem bei dieser Variante im DRG-System ist laut Hess aber augenfällig: da keine Diagnose gestellt wird, gäbe es auch kein Geld und eventuell würde das Mädchen später wieder ins Spital kommen, falls es doch noch einmal Bauchschmerzen hätte. Dies macht, wie Hess unterstrich, deutlich, wie es durch die Anwendung der diagnosebezogenen Fallpauschalen zur Überbehandlung relativ gesunder Menschen kommen kann. Die Patientin oder der Patient werde zu einer ökonomischen „Ware“, die sich in Geld/Gewinn umsetzen lassen müsse. Zudem werde die Behandlung fragmentiert (nicht der ganze Mensch, sondern eine bestimmte Krankheit wird behandelt). Kranksein ist nach Auffassung von Hess jedoch als ein Existential zu betrachten, nicht als ein Defekt, der mit einem Geldwert versehen wird. Bei den Mitarbeitenden führe diese Situation schliesslich zur Demotivation. Zudem bestehe, so Hess, eine unerwünschte Folge der Einführung des DRG-Systems darin, dass es aufgrund der Ausrichtung auf die Gewinnmaximierung in Zukunft andere Menschen in die Gesundheitsberufe ziehen werde als bisher. Was heute an menschlichen Werten gelebt werde, gelte daher nicht zwingend auch für die Zukunft. Laut Hess ist auch offen, ob die erwünschte Transparenz durch die Einführung des DRG-Systems erreicht werde. Eine einheitliche Qualitätsmessung an den Spitälern benötige diese Fallgruppeneinteilung nicht. Daneben ist die Qualitätsmessung heutigen Zuschnitts nur sehr bedingt geeignet, die tatsächliche Versorgungsqualität zu erfassen und misst im DRG-System (wie oben ausgeführt) das Falsche. Sie sollte in erster Linie die Indikationsstellung und deren Qualität erfassen, misst aber eine Form von Outcome, die dazu einlädt die Indikationen auszuweiten mit dem Resultat der Überbehandlung relativ oder ganz gesunder Menschen. Auch bestehe ein Risiko der Unterbehandlung schwerkranker Patientinnen und Patienten, weil dort die Parameter immer schlecht sein werden, nicht weil etwas Falsches gemacht wird, sondern weil das der Verlauf schwerer Krankheiten ist.

Diese Fehlentwicklungen in der medizinischen Behandlung führt Hess darauf zurück, dass die Qualitätsmessung sich an die Industrie anlehnt, womit für ihn wieder das Thema Menschenbild angesprochen ist. Wettbewerb führe in diesem Bereich zur Instrumentalisierung der Patientinnen und Patienten und eine Effizienzsteigerung könne sich am ehesten auf die Effizienz im Codieren beziehen (sodass man eher einen zweiten Codierer engagiert als medizinisches Personal) – der Abzug von Ressourcen betreffe dann

die Patientinnen und Patienten aber ganz direkt. Die Einführung von Änderungen braucht jedoch eine Begründung und diese Gründe sollten kommuniziert werden. Eine öffentliche Debatte ist für Hess daher dringend nötig. Dabei sollten auch Aspekte der Endlichkeit des Lebens, der Ressourcen und der Machbarkeit diskutiert werden.

3.3 Prof. Dr. med. Peter Tschudi: Die Einführung der DRG aus Sicht des Allgemeinmediziners

Einleitend gab Prof. Dr. med. Peter Tschudi¹³ zu erkennen, dass aus seiner Sicht die Gefahren des neuen Systems schon in vielen Foren eingehend und eigentlich auch erschöpfend diskutiert worden seien. Ebenso sei zur Genüge gezeigt worden, dass das DRG-System bisher noch nirgendwo auf der Welt zu Verbesserungen geführt habe. Laut Peter Tschudi komme es seit Jahren auch ohne die Einführung eines neuen Systems zum Abbau von Qualität. Insbesondere sei die Behandlungskette nicht stabil. Zudem hätten etwa in Basel, wo Tschudi wirkt, der Abbau von Spitalbetten sowie überall die Einführung der 50-Stunden-Woche und von Tarmed¹⁴ zu Verschlechterungen geführt. So sei der Informationsfluss zwischen Spital und (Haus-)Arzt/Ärztin ungenügend. Ebenso könne der Umstand, dass die Vor- und Nachbehandlung an diversen Orten erfolgen könne, zu Fehlern und Doppelspurigkeiten führen. Die Spitalbettenreduktion wiederum habe diverse negative Folgen, wie z.B. den Rationalisierungsdruck auf die Abteilungen, die verkürzte Dauer des Arzt-Patienten-Kontakts, weniger Konsilien oder die Zunahme des administrativen

Aufwandes. Die 50-Stunden-Woche bringe mehr Diskontinuität in der Patientenbehandlung und eine schwierige Erreichbarkeit der Spitalärzte. Die Austrittsberichte verlören zudem an Qualität. Tarmed schliesslich habe auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte zu einem erhöhten administrativem Aufwand und zu einer Entsolidarisierung geführt, deren Verlierer die Patientinnen und Patienten und die Hausärzte und -ärztinnen sind.

„Win or lose“


Für alle gefährlich?

- Lose: Patient
- Lose: Hausarzt/innen
- Lose: Qualität

- Win: Spitäler
- Win: gewisse Spezialisten

- ? Versicherer
- ? Gesundheitssystem

Institut für Hausarztmedizin IHAMB



Gerade seine Patientinnen und Patienten, so Tschudi, gehörten oft zu einer Gruppe von Personen, bei der kein System so richtig „greife“ – es handle sich um ältere, aufwändige und nicht selten multimorbide (also von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffene)

¹³ Peter Tschudi, Prof. Dr. med., ist Vorsteher des Instituts für Hausarztmedizin an der Universität Basel.

¹⁴ Tarmed heisst die einheitliche Tarifstruktur, die seit 2004 schweizweit sowohl im Spital als auch in der freien Praxis für die ambulante ärztliche Tätigkeit zur Anwendung gelangt.

Patientinnen und Patienten. In dieser Konstellation sei das Ziel immer das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten und nicht, eine Diagnose zu finden. Im Blick auf die Einführung der DRG sieht Tschudi allem voran einen riesigen administrativen Aufwand auf die verschiedenen Akteure zukommen. Dennoch böte der Prozess aus seiner Sicht auch eine Chance, eine gute Zusammenarbeit der Hausärzte und –ärztinnen mit den Spitalärzten und –ärztinnen aufzugleisen. Zudem sollten Änderungen eher von unten nach oben kommen und nicht andersherum. Kooperationen würden in jedem Fall an Bedeutung gewinnen und es wäre, wie Tschudi abschliessend festhielt, wünschenswert, dass Hausärzte und –ärztinnen und Spitäler als gleichwertige Partner zusammenarbeiten würden.

3.4 Dr. med. Michele Losa: Die Einführung der DRG aus Sicht der Kindermedizin

Für Dr. med. Michele Losa¹⁵ stellt die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen in jedem Fall ein Risiko dar – als solches berge sie aber Chancen und Gefahren. Da die Umsetzung der DRG nach Auffassung von Michele Losa nicht mehr aufzuhalten sei, war es ihm in seinem Votum darum zu tun, eher deren Chancen in den Vordergrund zu rücken. Für die Kindermedizin sei es, so Losa, wichtig, dass die Fälle sorgfältig abgebildet werden, um der Tatsache Rechnung zu tragen ist, dass Kinder eine besondere Patientengruppe sind. Die Entscheidungsträger für die Entwicklung und Zuordnung von DRG-Gruppen müssten für diesen Umstand sensibilisiert werden. Diesem Zweck diene mitunter ein Positionspapier, das von der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) ausgearbeitet worden ist. Hierin werde betont, dass die Leistungen der Kindermedizin besser abgebildet werden sollten. Der folgende Auszug aus dem Positionspapier solle die Situation verdeutlichen: „Säuglinge und Kinder haben in aller Regel keine oder nur wenig Komorbiditäten und sind dennoch in der Behandlung ausserordentlich aufwändig. Das Fehlen von Nebenerkrankungen führt zu einem niedrigen Relativgewicht trotz vergleichbar hohem Aufwand. Nebst der Tatsache, dass Behandlungen nicht in einer vergleichbaren Routine wie bei Erwachsenen geschehen können, ist die ganze Umfeldarbeit (Elterngespräche, Schule etc.) sehr intensiv. Diese beiden Faktoren führen

Spezielle „Sorgen“

- Kindermedizin
 - Soziale Betreuung sehr ausgeprägt (soz. Hospitalisation wegen akuten Problem)
 - Betreuung von ganzen Familiensystemen (Familienzentrierte Betreuung)
- Häufig Kinder zum Ausschluss einer Krankheit hospitalisiert
 - Keine Abbildung im DRG-System
- Prävention in der Kindermedizin (auch stationär) sehr wichtig
- Bereits kurze Hospitalisationsdauer bei Kindern



¹⁵ Michele Losa, Dr. med., ist Leiter der ärztlichen Stabsstelle am Ostschweizer Kinderspital St. Gallen.

dazu, dass die Behandlung von Säuglingen und Kindern im DRG generell unzureichend abgegolten wird.“¹⁶

Die Sensibilisierung könnte für die Kinderärzte und –ärztinnen auch eine Chance darstellen. Ein Risiko besteht darin, dass das Problem der mangelnden Abbildung der pädiatrischen Spezifika im DRG-System bereits allgemein bekannt ist (aus Deutschland und anderen Ländern), dass bisher aber nichts dagegen getan wurde. Für Ärzte und Ärztinnen stelle sich, so Losa, in Bezug auf die Fallgruppen allgemein eine Art philosophisches Dilemma: wie kann die Einzigartigkeit eines Menschen in Verbindung gebracht werden mit der Einteilung in medizinische Gruppen. Das Spital als Erbringer von „Gesundheitsleistungen“ stehe dem Bild des Spitals als Institution, die auch soziale Aufgaben wahrzunehmen habe, entgegen. Würden diese Aufgaben im System der diagnosebezogenen Fallpauschalen genügend berücksichtigt?

Allgemeine Sorgen in Bezug auf die Einführung der DRG haben eine ähnliche Richtung. Die Ökonomisierung erzeuge für die Ärzte ein Spannungsfeld. Die Qualität werde hauptsächlich ökonomisch definiert und je nach Gesichtspunkt unterschiedlich interpretiert. Die Prävention lasse sich gar nicht abbilden, sei aber bei Kindern sehr wichtig. Kinder würden zudem häufig zur Abklärung bzw. zum Ausschluss einer Krankheit hospitalisiert. Dies sei ebenfalls nicht abbildbar. Ein möglicher Lösungsansatz wäre die Prüfung der Möglichkeit von Alterssplits im pädiatrischen Bereich (d.h. der Bildung verschiedener Gruppen je nach Alter). Die Kosten sollten zudem anhand von pädiatrischen Daten berechnet werden, nicht anhand von Daten von Kindern in Erwachsenenospitälern. Spezielle Codes, die ärztliche Massnahmen, pflegerische Massnahmen und Medikamente bzw. Implantate betreffen, könnten für eine bessere Abbildung der spezifisch kindermedizinischen Leistungen eingeführt werden. Eine adäquate Finanzierung ist gemäss Losa deshalb unverzichtbar, weil nur sie die Erhaltung der Einrichtungen, die eine altersgerechte Behandlung, Betreuung und Infrastruktur für Kinder und Jugendliche garantieren, sicherstellen könne.

3.5 Diskussion

Kommissionsmitglied: Wenn man den Praktikern zuhört, entsteht der Eindruck, man sollte die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen besser stoppen. Als Politikerin ist es mir wichtig zu sagen, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, so etwas zu tun, nämlich zum Beispiel in Form einer Volksinitiative. Wenn alle der Meinung sind, dass es nichts bringt, sollte man die Bevölkerung informieren und sich bemühen, die Einführung zu unterbinden.

¹⁶ Positionspapier der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) und der Schweizerischen Gesellschaft für Kinderchirurgie (SGKC) zur Einführung von Vergütungssystemen mit Fallpauschalen in der Schweiz (SwissDRG), S. 1.

P. Vogt: In der Tat sind wir ja keine Sklaven der Gesetze. Die Ärzteschaft ist an der Einführung von Tarmed selbst schuld, und wenn nun die DRG eingeführt werden, ist dies auch Resultat einer falschen Haltung der Ärzteschaft.

Kommissionsmitglied: Im Tessin wird seit sieben Jahren das DRG-System angewandt. Wie ist es zu erklären, dass bisher keine Katastrophen eingetreten sind? Warum gab es keine Proteste dagegen?

P. Vogt: Entwicklungen aus den USA kommen meist über Deutschland in die Schweiz und erfahren auf diesem Weg eine Abschwächung. In der Schweiz ist alles weniger ausgeprägt und langsamer. Die negativen Effekte der DRG werden wohl auch mit Verspätung eintreten. Jetzt handelt es sich noch um ein Klagen auf hohem Niveau. Dass die Gesundheitskosten steigen, ist jedoch sichtbar.

Kommissionsmitglied: Aber weshalb sieht man nach sieben Jahren im Tessin keine negativen Effekte?

M. Losa: Die Rahmenbedingungen innerhalb deren die Kantone – mit oder ohne DRG – operieren, sind noch nicht geändert worden. Das heisst, dass das neue System innerhalb der alten Rahmenbedingungen ganz gut funktioniert, was sich aber ändern kann, wenn diese sich verändern.

C. Hess: Es gibt seit der zunehmenden Ökonomisierung eine Versorgungs- und Qualitätsverschlechterung im ganzen Gesundheitswesen. Der Tessin hat sicher eine hohe Baserate erhalten (hohe Krankenkassenprämien), so dass die limitierenden Faktoren (noch) nicht zum Tragen kommen. Zudem ist es ein Pionier Projekt. Solche schneiden immer besser ab als die anschliessend eingeführte flächendeckende Umsetzung (das gilt auch bei ganz strikt wissenschaftlichen Untersuchungen und wird immer wieder neu bestätigt). Und schliesslich werden die negativen Folgen eines solchen Systems nicht gleich beim Systemwechsel sichtbar, sondern es kommt zu einem schleichenden Kulturwandel, der entsprechend erst verzögert und unter schärferen finanziellen Vorgaben sichtbar wird.

P. Tschudi: Wenn die Weiterbildungen noch bezahlt werden und wenn die Konsequenzen der DRG abgedeckt werden, gibt es keine negativen Effekte. In Basel gibt es auch Controller, die eine Art DRG anwenden, aber noch ohne (finanzielle) Konsequenzen für die Spitäler. Sobald das System monetär umgesetzt wird, gibt es Schäden.

Kommissionsmitglied: Die Krankenkassenprämien sind im Tessin am höchsten. Das ist wohl kaum ein Ursache-Wirkung-Problem, aber es ist doch bemerkenswert.

Kommissionsmitglied: Was für ein Interesse steht denn hinter der Einführung der DRG? Qualitätssicherung ist ja wichtig und es gibt Widerstände auf Seiten der Ärzteschaft, das anzugehen, wobei stets auf die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin verwiesen wird. Zwischen Vertrauen und Kontrolle sollte es aber noch etwas Drittes geben. Es besteht Handlungsbedarf für die Ärztinnen und Ärzte, die ja auch

selber Standards generieren könnten. Die Einführung der DRG könnte in diesem Sinn fast als eine „Retourkutsche“ gesehen werden, weil die Ärzteschaft hier so lange ihre Verantwortung nicht wahrgenommen hat. Das sollten sie jetzt tun.

P.-F. Cuénoud: Im Wallis gibt es auch seit zehn Jahren ein DRG-System (seit fünf Jahren diagnosebezogen), das noch keine negativen Effekte hervorgebracht hat. Es ist zentral zu betonen, dass die Ärztinnen und Ärzte im Spital am wichtigsten sind – ein Spital geht ohne Ärztinnen und Ärzte nicht! Daher sollte die ärztliche Freiheit auch gross sein. Der administrative Aufwand wird mit oder ohne DRG steigen, da vom Staat immer mehr Statistiken verlangt werden. Zudem ist der juristische Druck in den Spitälern sehr hoch. Werden keine Vorkehrungen (z.B. Dokumentation der Information oder Beweise, dass die Behandlung standardgemäss durchgeführt wurde) getroffen, gibt es Rekurse. Das könnte eine Erklärung dafür sein, dass Ärztinnen und Ärzte heute wenig Initiative zeigen, wenn es um zusätzliche Qualitätssicherungsbestrebungen geht.

Für das Protokoll: Dr. Caroline Krüger

Bearbeitung: Susanne Brauer, PhD, Dr. des. Jean-Daniel Strub