

# Forum ZV



## Warum nur diese DRG?

Anfang Jahr wurde in einem Editorial in der Schweizerischen Ärztezeitung (SAEZ 2008; 89: 4) die Frage aufgeworfen, ob sie endlich gut werde, die Sache mit den SwissDRG. Anlass dazu war die Gründung der SwissDRG AG am 18. Januar 2008.

Dabei kann die Frage sehr direkt und sehr einfach beantwortet werden: mit Sicherheit *NEIN*.

Warum meinen schweizerische Gesundheitspolitiker, sie müssten ein System einführen, das in Australien (dem ersten Land mit DRG) bereits wieder in Abschaffung ist, weil es sich nicht bewährt hat. Warum lernen wir nicht von Deutschland, dem gepriesenen Land der DRG: Die Swiss DRG sind ja eine Kopie der deutschen Version. Dort aber leiden alle Beteiligten unter der Bürde der DRG. In Deutschland möchte man – paradoxerweise – lieber das bisherige schweizerische System einführen. Macht das uns nicht hellhörig? Meinen wir, das Rad neu erfinden zu müssen?

Warum nur wollen denn Leute in der Schweiz, dass wir diesen unglücklichen, nicht erfolgreichen und enorm belastenden DRG-Weg gehen müssen?

Immer wenn die Politik zu sehr in das Gesundheitswesen eingreift, entstehen negative Auswirkungen. Wir erinnern uns alle bestens an die TARMED-Einführung. Gepriesen als seligmachender Ausgleich für Allgemeinpraktiker hat der TARMED letztendlich doch nur Einschränkungen und einen grossen administrativen Aufwand für alle gebracht. Zusammen mit signifikanten Einbussen für viele von uns.

Warum also dieser DRG-Hype?

Vorschlag: sofort *Stopp mit DRG*.

Belassen des aktuellen und gut funktionierenden Systems.

*«Die Dummen müssen Fehler selbst machen, um daraus zu lernen. Die Intelligenten lernen aus den Fehlern anderer und vermeiden sie.»*

PD Dr. Daniel F. à Wengen,  
HNO / Hals- und Gesichtschirurgie,  
Birmingen

## Die NEK-CNE zur Einführung von DRG in Schweizer Spitälern und die Rolle der FMH bei diesem Prozess

### 1. Die NEK-CNE zur Einführung von DRG in Schweizer Spitälern

Die Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission zur Einführung der DRG in Schweizer Spitälern ist alarmierend [1]. Dem einzigen Vorteil, jenem des besseren Einblicks in die Kostenstruktur und Effizienz der Spitäler, steht eine ganze Reihe von Nachteilen gegenüber:

- Mit den DRG werden keine Kosten gespart, im Gegenteil, neue administrative Ausgaben stehen zu Buch und verteuern die Grundversicherungsprämien.
- Die eingesparten Spitalkosten werden auf die ambulante Nachversorgung überwältigt, die heute noch überhaupt nicht im Stande ist, diese Aufgabe voll zu übernehmen, v.a. was die Spitex betrifft. Angehörige, insbesondere Frauen, werden vermehrt unbezahlte familiäre Betreuungsaufgaben übernehmen müssen.
- Die DRG verschlechtern die medizinische und pflegerische Versorgung in beträchtlichem Ausmass. Auf Zweitdiagnosen wird schlicht nicht eingegangen, da dies für den Spital zu Verlusten führen würde. Die Information der Patienten sowie die Betreuung psychosozialer Probleme sind während der kurzen Hospitalisationen fast unmöglich. Die Re-Hospitalisationen nach vorzeitigen Entlassungen samt den Fehlerquoten bei den Übergängen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung wird zu weiteren Qualitätsverlusten der medizinischen Betreuung führen.
- Last but not least werden sich die Arbeitsbedingungen für die stationär tätigen Kolleginnen und Kollegen krass verschlechtern. Im stressigen DRG-Alltag mit dem erhöhten Patienten-Turn-over werden sie neben vermehrtem administrativem Aufwand auch – gegen ihre Berufsethik – Rationierungsbeschlüsse den Patienten mitteilen müssen, was zwangsläufig die Vertrauensbasis der therapeutischen Beziehung gefährdet. Bei erhöhter Burn-out-Gefahr ist der Berufsausstieg eine Option – in Deutschland sind 5000 Spitalstellen offen [2].

Diese Bilanz ist beunruhigend, weshalb die NEK-CNE nicht nur eine öffentliche Debatte, sondern auch eine Begleitforschung fordert. In einem kurzen Vorspann doppelt Kollege Cuénoud vom FMH-Vorstand nach, dass die Ärztesgesellschaft schon immer «mit Nachdruck ... vor den Grenzen des Wettbewerbs im Gesundheitswesen gewarnt ...» und sich «für eine breit angelegte Forschung ... ausgesprochen ...» hätte. Doch sind die Erkenntnisse der NEK-CNE wirklich so neu? Ist die begleitende Forschung überhaupt nötig?

## 2. Die Rolle der FMH bei der Einführung der DRG in Schweizer Spitälern

Im Jahre 2004 wurden die Fallpauschalen in deutschen Spitälern eingeführt. Der Prozess wurde durch wissenschaftliche Begleitforschungen überwacht. Deren für das DRG-System vernichtenden Resultate wurden im Deutschen Ärzteblatt vom 17.11.2006 veröffentlicht [3]. Damals arbeitete die FMH noch, zusammen mit den anderen Partnern des Vereins SwissDRG, an einer helvetischen Form der diagnosebezogenen Fallpauschalen.

Reicht denn die Begleitforschung in unserem nördlichen Nachbarland nicht? Oder liest die FMH das Deutsche Ärzteblatt etwa gar nicht? Oder glaubt die FMH allen Ernstes, den Drachen Wettbewerb im Gesundheitswesen mit einer helvetischen Version der DRG bändigen zu können? Hat sich die FMH denn nie gefragt, warum in immer mehr Kliniken über die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland kommen? [2]

Die FMH hat es verpasst, die Konsequenzen aus dem DRG-Debakel in Deutschland zu ziehen, und ist daran, uns mit dem SwissDRG-Abenteuer in ein ähnliches Debakel zu fahren, wie weiland der letzte FMH-Präsident in Sachen TARMED. Sie hat es verhängt, rechtzeitig aus dem Verein SwissDRG auszusteigen und im letzten Januar das Referendum gegen die neue Spitalfinanzierung zu ergreifen. Die von Kollege Cuénoud geforderte «breit angelegte Forschung» ist nicht mehr als ein dürftiges Feigenblatt, um die Scham der FMH vor ihren analytischen und strategischen Fehlern zu verstecken. Was tun?

## 3. Emergency Exit

Auch wenn sogenannte Pragmatiker und Realisten über eine solche Forderung lächeln mögen, gibt es nach den Erfahrungen in Deutschland eigentlich nur eine Option für die FMH: Die SwissDRG dürfen gar nie eingeführt werden! Es ist völlig illusorisch zu glauben, mit einer helvetischen Version liessen sich mehr als ein paar kosmetische Retuschen an der hässlichen DRG-Fratze erreichen.

Die FMH tut gut daran, sich für ein Moratorium gegen die Einführung der DRG schleunigst starke Bündnispartner zu suchen, ähnlich wie bei der Abstimmung zum Gesundheitsartikel vom 1. Juni dieses Jahres. Die Bundesärztekammer und der Marburger Bund machen es uns vor mit der gegenwärtigen, breit abgestützten Aktion «Rettung der Krankenhäuser» [4].

Es pressiert: Wir haben fast keine Zeit mehr! In drei Jahren sollen die DRG eingeführt werden. Schon in weniger als einem Jahrzehnt werden wir uns mit Heulen und Zähneklappern nach den heutigen Zuständen zurücksehen.

Um es mit den Worten von Karl Valentin zu sagen [5]: «Heute ist die gute alte Zeit von morgen.»

*Dr. med. David Winizki,  
Allgemeinmedizin FMH, Zürich*

- 1 Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. Stellungnahme Nr. 15/2008 der NEK-CNE. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(36):1533-6.
- 2 A. Cortesi in Tagesanzeiger-Online vom 2.10.2007.
- 3 Flintrop J. Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Mass der Dinge. Dtsch Ärztebl. 2006;103(46): A-3082 / B-2683 / C-2574.
- 4 [www.rettung-der-krankenhaeuser.de](http://www.rettung-der-krankenhaeuser.de)
- 5 Aus dem Kurzfilm «Der Firmling» von 1934.

## Antwort auf die Leserbriefe von PD Dr. Daniel F. Wengen und Dr. David Winizki

Sehr geehrte Kollegen

Wir haben Ihre Ausführungen mit Interesse zur Kenntnis genommen. Um die Diskussion auf eine objektive Grundlage zu beschränken, sind folgende Klarstellungen erforderlich:

- Auf gesetzlicher Ebene ist die Einführung einer Spitalabteilung durch diagnosebezogene Fallpauschalen mit der letzten KVG-Anpassung verankert worden: Dieser Punkt wurde als einer von wenigen von keiner politischen Kraft bestritten. Da die Referendumsfrist abgelaufen ist, wird diese Revision am 1. 1. 2009 mit Übergangsfristen bis zur zwingenden Anwendung ab dem 1. 1. 2012 in Kraft treten.
- Es ist richtig, dass die Fakturierung der Spitalleistungen nach Fallpauschalen des Typs DRG eine vollständige Datenerfassung erfordert. Diese wurde lange vernachlässigt, da die dem Bundesamt für Statistik gelieferten Daten von niemandem überprüft werden und nur epi-

- demiologische Bedeutung besitzen. Unter diesem Gesichtspunkt kann eine Anpassung nur von Vorteil sein, weil alle Spitalakteure ein offensichtliches Interesse an einer so repräsentativ wie möglich vorgenommenen Erfassung ihrer Leistungen gemäss der Kostenträgerrechnung REKOLE von H+ haben.
- Mit den DRG beschränken sich die Spitalaufenthalte zweifellos eher auf das Wesentliche, und ein Teil der Aktivitäten wird in den ambulanten Bereich verlagert. Bei Missbräuchen kann dies natürlich eine gefährliche Situation darstellen. Bei einer umsichtigen Anwendung und sofern die erforderliche Infrastruktur vorhanden ist, wirkt sich dieses Prinzip jedoch eher günstig aus, weil der Patient so rasch wieder in sein familiäres Umfeld zurückkehren kann und die Funktion der Hausärzte aufgewertet wird. Daraus ergibt sich natürlich ein höherer Bedarf an Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausärzten und Spitalärzten.
  - Die Frage der Rationierung ist legitim. Die DRG könnten schleichend zu einer solchen Situation führen. Um dies zu verhindern, ist vor und anschliessend während der Anwendung des neuen Tarifsystems mithilfe einer breit angelegten Begleitforschung eine Bestandesaufnahme durchzuführen. Diese Forschungsarbeit muss sich nicht nur mit den Auswirkungen auf die Patienten befassen, sondern auch mit der Zukunft der Spitalstrukturen allgemein sowie mit den Arbeitsbedingungen des Personals. Im Gegensatz zu Ihren Ausführungen wurde in Deutschland eben gerade keine solche Begleitforschung durchgeführt, worüber sich unsere dortigen Kollegen bitter beklagen.
  - Die FMH hat von Anfang an enge Kontakte mit unseren deutschen Kollegen geknüpft. Diese waren nicht an der Erarbeitung der Tarifstruktur G-DRG beteiligt worden. Im Rahmen des jährlichen Anpassungsprozesses werden nur die Fachgesellschaften konsultiert. Auf den Ratschlag unserer deutschen Kollegen hin haben wir beschlossen, von Anfang an als vollwertiger Partner am Projekt mitzuwirken. Dadurch konnten wir unseren Standpunkt vertreten und bei zahlreichen Gelegenheiten die Anliegen der Ärzteschaft einbringen.
  - Auch wenn verschiedene deutsche Spitalärzte gegen die G-DRG-Tarifstruktur sind, bestätigen die für dieses Dossier zuständigen leitenden Instanzen der Bundesärztekammer, dass sie nicht zu einem anderen Tarifsysteem zurückkehren, sondern sich für die Nutzung des Potenzials von G-DRG einsetzen und endlich den Beginn einer glaubwürdigen Begleitforschung fordern wollen.
  - In der Schweiz stellen sieben Kantone ihre Akutspitalleistungen im Bereich der Krankenversicherung gemäss einem DRG-System in Rechnung. 17 Kantone kennen dieses System auf dem Gebiet der Unfallversicherung. Das Tessin und einige Westschweizer Kantone haben eine solche Pauschalabgeltung noch vor Deutschland eingeführt. Interessanterweise wurden die von Ihnen erwähnten katastrophalen Auswirkungen in unserem Land nicht festgestellt, und die betroffenen Kantone haben sich nicht in «Gesundheitswüsten» verwandelt. Dies erklärt sich wahrscheinlich durch die bessere Beteiligung der Ärzteschaft an der Leitung unserer Spitaleinrichtungen, da unsere Verwaltungsinstanzen und kantonalen Behörden der ärztlichen Ethik noch einen gewissen Respekt entgegenbringen.
- Allgemein gesprochen sind die DRG ein leistungsstarkes Instrument, das strukturelle Mängel in den Spitalorganisationen aufdecken kann. Wenn man die Einführung einer solchen Finanzierungsart ablehnt, verschiebt man nur den Zeitpunkt, an dem eine Behebung dieser Mängel notwendig sein wird. Damit dies unter den bestmöglichen Bedingungen erfolgt, müssen sich die Ärzte unbedingt auf allen Stufen an den Entscheidungsprozessen, in den Spitalern, in den Kantonen und auf nationaler Ebene einbringen.

*Dr. med. Pierre-François Cuénoud,  
Mitglied des Zentralvorstands der FMH,  
Leiter Ressort SwissDRG*