

Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik

Verina Wild,
Nikola Biller-Andorno

«Entscheidend ist [...] der jeweilige «Marktwert» von Arzt, Patient und vor allem dessen Krankheit (DRG) [...]. In dieser neuen schönen Welt der Ökonomen hat eine vertrauensvolle, engagierte Arzt-Patienten-Beziehung keinen Platz, nein, sie stört nur. Was uns älteren Ärzten an Ethik und Patientenzuwendung vorbildlich erschien, ist heute ganz offensichtlich schädlich. Es ist diese Enthumanisierung, die den Arztberuf heute so freudlos macht.» So schreibt Prof. Dr. med. Lothar Schuchmann (Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin) in einem Leserbrief an das Deutsche Ärzteblatt [1].

In einer Informationsveranstaltung am 17. Januar 2008 in St. Gallen zur Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz deklariert Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG in Deutschland, die Basis der «alten Medizin» – nämlich die Einzelbeziehung und damit verbundene Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patient – für abgelöst. Die «neue Medizin» als Massenphänomen beinhaltet keine Vertrauens- und Beziehungsebene mehr, vielmehr handele es sich dabei um einen Leistungs-

tausch. Herstellung von Transparenz würde dabei zur vertrauensbildenden Massnahme. DRGs seien um so vertrauensbildender, je mehr sie an Objektivität und Vergleichbarkeit gewannen [2].

In der Schweiz werden die Fallpauschalen derzeit eingeführt. Das sogenannte «Scharfstellen», das obligatorische, flächendeckende Abrechnen nach DRG, wird voraussichtlich ab dem Jahre 2012 umgesetzt. Parallelen zur Entwicklung in Deutschland finden sich hinsichtlich der angestrebten Ziele und der praktischen Umsetzung. Die Einführung der DRGs zielen in beiden Ländern auf Kostensenkung, Transparenz, Effizienz, leistungsgerechte Abrechnung, Stärkung der Selbstverantwortung und Ermutigung zum Wettbewerb der Krankenhäuser untereinander. Als praktische Grundlage für die SwissDRG hat die Schweiz die Rechte an G-DRG (German-DRG) käuflich erworben und ist derzeit dabei, die Transformierung in die Schweizer Nomenklatur vorzunehmen.

Wie anhand der beiden Eingangszitate illustriert, wird im deutschen Kontext in begleitenden Diskussionen stark polarisiert: Auf der einen

4. Trendtage Gesundheit Luzern

Mittwoch, 5. und Donnerstag, 6. März 2008, KKL Luzern

Die 4. Trendtage Gesundheit Luzern stehen unter dem Titel «Gesundheit nach Mass: Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik». Im Mittelpunkt stehen individualisierte Medizin und massgeschneiderte Medikamente, Altersgesellschaft oder auch massgeschneiderte Finanzierungsmodelle (DRG).

Die Trendtage Gesundheit Luzern haben das Ziel, den interdisziplinären Dialog zwischen Entscheidungsträgern aus allen Kreisen des Gesundheitssektors zu fördern. Sie richten sich an Vertreter von Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und Behörden, Ärzteschaft und Pharmazeuten, Spitalern, Versicherern, Patienten- und Konsumentenorganisationen sowie ethische und weitere Interessentenkreise.

Information und Anmeldung: Forum Gesundheit Luzern, Horwerstrasse 87, 6005 Luzern, Tel. 041 318 37 97, Fax 041 318 37 10, E-Mail: info@trendtage-gesundheit.ch, Internet: www.trendtage-gesundheit.ch



Trendtage
Gesundheit
Luzern

Korrespondenz:
Dr. med. Verina Wild
Prof. Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno
Institut für Biomedizinische Ethik
Universität Zürich
Zollikerstrasse 115
CH-8008 Zürich
wild@ethik.uzh.ch
biller-andorno@ethik.uzh.ch

Seite steht eine «ärztlich-medizinische Sicht», die einen moralischen Verfall der Medizin antizipiert und Verrat an der traditionell karitativen Rolle des Arztes beanstandet (vgl. auch [3]); auf der anderen Seite eine «ökonomische Sicht», die aufgrund der eben genannten erhofften Merkmale wie Transparenz, Effizienz und Kostensenkung dem sich vollziehenden Wandel positiv begegnet.

Wir vertreten in diesem Beitrag drei Thesen: 1. aktuell findet ein Prozess statt, der in vielen wichtigen Bereichen der Gesundheitsversorgung grundlegende Veränderungen bringt; 2. eine Polarisierung von Medizin und Ökonomie ist der Diskussion weder angemessen noch zuträglich; 3. die weitreichenden Veränderungen, u. a. hinsichtlich der Einführung der Fallpauschalen, müssen dringend aus ethischer Perspektive untersucht und dauerhaft begleitet werden. Hierbei müssen die spezifischen Rahmenbedingungen des Schweizer Gesundheitssystems Eingang finden.

Die Einführung der Fallpauschalen und die Aufgaben der Ethik

Am 22. März 2006 unterzeichneten die Verantwortlichen von SwissDRG und InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Deutschland) ihren Kooperationsvertrag. Damit wurden die AP-DRG abgelöst, die im Rahmen der langjährigen Vorbereitungsphase auf das Fallpauschalensystem genutzt wurden. Die AP-DRG als Eigentum des Staates New York beinhalten eingeschränkte Nutzungsrechte und somit fehlende Möglichkeiten der Weiterentwicklung. Am 18. Januar 2008 folgte die Gründung der SwissDRG gemeinnützigen Aktiengesellschaft durch santé-suisse (2 Sitze), H+ Die Spitäler der Schweiz (2 Sitze), die FMH (1 Sitz), die MTK (1 Sitz) und die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK (3 Sitze) [4]. Im Jahre 2012 ist geplant, die helvetisierte Version der G-DRG schweizweit für die stationäre, akut-somatische Spitalabrechnung tarifwirksam einzusetzen.

Die Einführung der Fallpauschalen lässt sich nicht isoliert, sondern als Element und Symptom einer umfassenden Umstrukturierung des Gesundheitswesens betrachten. Derzeit sind verbunden mit dem Stichwort der anhaltenden Kostenexplosion (z. B. aufgrund des «demographischen Wandels») verschiedene Phänomene zu beobachten. Im Sinne einer «kosteneffizienteren» und «transparenteren» Gesundheitsversorgung werden scheinbar alternativlose Prozesse angestoßen. Dazu gehören etwa: die Verstärkung von Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern; der Ausbau von Managed-Care-Modellen; ein

Introduction des forfaits par cas en Suisse: une question d'éthique

En Suisse, le système tarifaire DRG (Diagnosis Related Groups), destiné à assurer la rémunération forfaitaire par cas des séjours hospitaliers en soins somatiques aigus, sera très probablement appliqué dès 2009 déjà. L'introduction des DRG vise à réduire les coûts, à garantir la transparence, l'efficacité et une indemnisation adéquate des prestations, ainsi qu'à renforcer la responsabilité personnelle et à encourager la concurrence entre hôpitaux.

Au-delà des DRG, un processus porteur de changements fondamentaux visant l'efficacité des coûts est actuellement en cours dans de nombreux domaines importants du système de santé. Dans ce contexte, une polarisation des débats entre médecine d'une part et économie d'autre part n'est ni appropriée ni utile. Il n'est toutefois pas du tout évident de concilier l'objectif suprême de l'action du médecin tel que le définit la déontologie médicale, à savoir la santé des personnes, avec le principe d'une médecine économiquement efficace, lui aussi ancré dans l'éthique médicale et appliqué de plus en plus systématiquement.

Un nouveau projet de recherche de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich est consacré à l'évaluation des forfaits par cas sous l'angle de l'éthique. Il examine quels sont les aspects éthiques à prendre en considération et se demande s'il existe un consensus (relatif) quant à ces aspects et à leur importance pour la situation telle qu'elle se présente en Suisse.

vermehrter Einsatz von Patientenpfaden, Qualitätsmanagement und Benchmarking. Darüber hinaus sind weitere Veränderungen hinsichtlich der Entscheidungsstrukturen, Kostenträger und Leistungskriterien zu erwarten.

Wie zahlreiche Publikationen und Veranstaltungen zur Thematik belegen, werden diese Veränderungen von einer Vielzahl an Überlegungen begleitet, vor allem aus gesundheitsökonomischer, gesundheits- und professionspolitischer, betriebswirtschaftlicher und Public-Health-Perspektive (vgl. u. a. [5–8]). Die Fragen der Ratio-

nierung und Gerechtigkeit werden derzeit zunehmend auch ethisch diskutiert (vgl. u.a. [9, 10]). Hinsichtlich der ethischen Beurteilung der Fallpauschalen findet sich jedoch deutlich weniger Material. Zwar ist in den Diskussionen über die Einführung der DRGs – etwa bezüglich finanzieller Gewinner und Verlierer des neuen Vergütungssystems, bezüglich einer zu erwartenden Patientenselektion und Verweildauerreduktion – die ethische Dimension häufig implizit enthalten, doch werden die antizipierten Probleme der Fallpauschalen zumeist nicht mit Bezug auf medizinethische Begrifflichkeiten und zugrundeliegende ethische Prinzipien oder Konzepte dargestellt und daher auch nicht angemessen analysiert.

Die Medizin-Ökonomie-Polarisierung ist der medizinethischen Analyse nicht angemessen, da die Thematik komplexer ist und sich nicht auf eine einfache Dichotomie reduzieren lässt. Zusätzlich zum heterogenen Spektrum medizinischer sowie ökonomischer Fragestellungen müssen auch Perspektiven etwa der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft insgesamt in die Erfassung der Problematik einbezogen werden. Die Medizinethik als integratives Fach muss daher – ohne moralisierend aufzutreten – versuchen, die unterschiedlichen Aspekte zu reflektieren, um konstruktive Vorschläge für ein verantwortungsbewusstes Vorgehen im Gesundheitswesen einzubringen.

Aufgrund der Tragweite der Veränderungen und der gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen ist es geboten, Fragen nach «Rosinenpickerei» (Patientenselektion) oder «blutigen Entlassungen» (Verkürzung der Verweildauer) systematisch und gründlich auch aus medizinethischer

Perspektive zu untersuchen.* Diese «üblichen Kritikpunkte» beinhalten zentrale Aspekte von weitreichender ethischer Relevanz: etwa die grundsätzliche Frage, in welchem Verhältnis die Behandlung von Krankheit und pekuniäre Einzelinteressen stehen sollen. Weiter wäre zu fragen, wie die Einhaltung des standesethisch definierten obersten Zieles ärztlichen Handelns, nämlich des gesundheitlichen Wohls des Menschen [12], mit dem Gebot einer kosteneffektiven Medizin [13] in Einklang zu bringen ist. Die unproblematische Integration beider Ziele wird beispielsweise dann fragwürdig, wenn durch Bonusausschüttung an leitende Ärzte verstärkt (betriebswirtschaftlich motivierter) Druck auf Assistenzärzte ausgeübt wird.

Qualitative und quantitative Erfassungen der Arbeitszufriedenheit des Personals in Medizin, Pflege und Verwaltung bieten sich an zu untersuchen, ob aufgrund der heteronomen Steuerung durch eine ökonomisch orientierte Instanz, mit deren Prioritäten und Motiven sich die Angestellten möglicherweise nicht identifizieren können, Unzufriedenheit in Medizin und Pflege sowie messbare Verringerungen der Arbeitsmotivation und dadurch möglicherweise auch der Versorgungsqualität entstehen. In Deutschland wird derzeit diskutiert, ob die Einführung der DRG und damit zusammenhängende weitere Ökonomisierungsprozesse nicht bereits zu einer solchen Entwicklung führen [14].

Auf Patientenseite gilt es zu fragen, ob sie ihrerseits mit ihrer neuen Rollenzuschreibung des mündigen Kunden einverstanden sind. Es mag für aufgeklärte, medienversierte Patienten eine willkommene Aufwertung der ethisch geforderten Patientenautonomie sein, sich bezüg-

Fallpauschalen in Schweizer Spitälern: Grundlagen für die ethische Begleitforschung

Forschungsprojekt des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich; Förderung durch den Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds der SAMW, 2008/09

Ziele des Projekts

1. wissenschaftliche Analyse der Schweizer wie der internationalen Literatur im Hinblick auf ethische Aspekte fallpauschalierter Vergütungssysteme im stationären Bereich, mit Blick auf deren Bedeutsamkeit im Schweizer Gesundheitssystem;

2. Eruiung eines Konsenses relevanter *Stakeholder* im Schweizer Gesundheitswesen bezüglich der Frage, welche ethischen Aspekte im Hinblick auf die Einführung der SwissDRGs bedeutsam sind und wie diese angemessen berücksichtigt werden können;
3. Definition geeigneter Kriterien und Rahmenbedingungen für die ethische Begleitforschung in der Phase der Implementierung der SwissDRGs, die sich gegebenenfalls in eine breiter angelegte Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung integrieren liessen.

* Selbstverständlich ist hier auch versorgungsbezogene Begleitforschung notwendig, die Daten erhebt, inwieweit diese Effekte überhaupt auftreten. Die Begleitforschung ist in Deutschland rechtlich vereinbart, bisher aber nur unzureichend umgesetzt worden (vgl. [11]).

lich neuer medizinischer Methoden und transparenter Krankenhausstatistiken detailliert selbst informieren zu können. Die Medizinethik muss hier jedoch ihr Augenmerk darauf legen, welche Patientengruppen nicht von der möglichen Zunahme der Autonomie profitieren (etwa bildungsschwächere Gruppen). Weiterhin muss der Frage nachgegangen werden, ob mit der zunehmenden Steuerung – durch homogenisierte Behandlungspfade und gesteuerte Versorgung sowie durch den solchermaßen eingeschränkten Handlungsspielraum des Arztes – nicht auch Einschränkungen der Patientenfreiheit einhergehen.

Es bedarf schliesslich auch einer ethischen Analyse, inwieweit die Möglichkeit einer nicht-gewinnorientierten Medizin geschützt werden müssen, in der also fürsorgliche Handlungen, die reiner Kosteneffektivität bisweilen sogar entgegenstehen können, ethisch geboten sind. Hier müsste die kritische Frage jedoch auch retrospektiv gestellt werden, nämlich, inwieweit bisherige Spielräume im ärztlichen Handeln möglicherweise auch im Sinne des eigenen Profits ausgenutzt wurden.

** Im Bereich der Begleitforschung zu DRGs kann auf erste Erfahrungen in Deutschland zurückgegriffen werden, vgl. [15–17].

Forschungsprojekt «Fallpauschalen in Schweizer Spitätern: Grundlagen für die ethische Begleitforschung»

Ein neues Forschungsprojekt am Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich wendet sich der ethischen Evaluation der Fallpauschalen zu (s. Kasten). Es will die zu erwartenden Konsequenzen – seien es Probleme oder Chancen – im Schweizer Kontext explizit machen. Dies geschieht nicht nur unter Berücksichtigung bereits zur Verfügung stehender Literatur, sondern vor allem unter Konsultation der relevanten *Stakeholder*. Somit wird nicht nur deutlich, welche ethischen Aspekte theoretisch zu berücksichtigen wären, sondern auch, ob bezüglich dieser Aspekte und ihrer Relevanz für die Schweizer Situation ein (relativer) Konsens besteht.

Das Ergebnis dieses Prozesses könnte als Orientierung für die Evaluation der Implementierung der SwissDRGs dienen, so dass diese als «lernendes System» den Erfordernissen des Schweizer Gesundheitswesens bestmöglich angepasst werden können.**

Die Sicht der FMH

Bei den im Artikel genannten ethischen Fragestellungen steht für die Ärzteschaft die medizinische Qualität im Vordergrund. Grundlage einer guten Behandlung ist dabei natürlich nicht zuletzt die Vertrauensbasis zwischen dem Arzt und dem Patienten. Von zentraler Bedeutung ist deshalb, dass die medizinische Qualität mit der Einführung von SwissDRG gewährleistet bleibt. Das Parlament hat schliesslich nicht nur die Einführung der Fallpauschalen und die Förderung der Transparenz gutgeheissen, sondern es wurde auch festgelegt, dass medizinische Qualitätsindikatoren erhoben werden müssen. Bereits im geltenden KVG festgeschrieben ist aber auch die Wirtschaftlichkeit.

Die Rahmenbedingungen sind also gesetzt. Nun gilt es, die Umsetzung möglichst mitzugestalten. Damit allfällige Fehlsteuerungen des DRG-Systems frühzeitig erkannt werden, fordert die FMH seit längerem, dass eine Begleitforschung bereits vor der Einführung von SwissDRG aufgebaut und etabliert wird. Eine ethische Begleitforschung ist dabei ein wichtiger Teilbereich. Zusätzlich zur ethischen Begleitforschung fordern wir allerdings eine Begleitforschung, welche Themen wie Qualität, Versorgungssicherheit, Datenschutz, leistungsgerechte Vergütung, Entwicklung des Dokumentationsaufwandes, Gewährleistung der Aus- und Weiterbildung usw. untersucht (vgl. auch Positionspapier der FMH zu SwissDRG, www.fmh.ch → Unsere Dienstleistungen → Tarife → SwissDRG → Position der FMH zu SwissDRG). Es geht dabei also um ethische, medizinische und ökonomische Aspekte.

Wir teilen die Ansicht der Autorinnen, dass eine Polarisierung von Medizin und Ökonomie nicht zielführend ist. Die Ärzte müssen bereits heute bei ihren Therapieentscheidungen die im geltenden Gesetz verankerten WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) beachten. Zentral ist es, dass die Ärzteschaft unter Berücksichtigung dieser WZW-Kriterien eine qualitativ hochstehende Medizin betreiben kann und dass die therapeutische Freiheit erhalten bleibt. Wir unterstützen auch die Transparenz im Gesundheitswesen, solange der Datenschutz gewährleistet wird. Eine transparente Leistungserfassung beispielsweise ist die Grundlage für ein funktionierendes DRG-System. Hingegen ist eine generelle Weiterleitung von sensiblen Patientendaten an die Versicherer, wie dies *santésuisse* wünscht, unnötig, und wir lehnen dies strikt ab. Hier dürften sich u. a. auch ethische Fragestellungen ergeben.

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

*Dr. med. Yves Guisan,
Vizepräsident FMH*

*Beatrix Meyer,
Operative Leiterin SwissDRG der FMH*

Literatur

- 1 Schuchmann L. Informationspolitik: Keine Verbesserung. Deutsches Ärzteblatt. 2000;97(39): A-2520/B-2150/C-2014 BRIEFE.
- 2 www.gesundheitssymposium.ch/pflege_vortraege/chancen_risiken_und_tendenzielle_folgen.pdf (letzter Zugriff am 8.2.2008).
- 3 Maio G. Die moderne Dienstleistungsmedizin auf ethischem Prüfstand. Schweiz Ärztezeitung. 2007; 88(49):2084-9.
- 4 www.swissdrg.org/assets/pdf/Medienmitteilung_SwissDRG_AG_18.01.08-d.pdf (letzter Zugriff am 8.2.2008).
- 5 Cuénoud P. Müssen wir uns vor den DRGs fürchten? Schweiz Ärztezeitung. 2007;88(8):309.
- 6 Hölzer S. Nutzung von ökonomischen Anreizen in einem wettbewerblichen, sozialen Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung. 2004;85(16):835-9.
- 7 Indra P. Die Einführung der SwissDRGs in Schweizer Spitälern und ihre Auswirkungen auf das schweizerische Gesundheitswesen. Zürich: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik; 2004.
- 8 Oggier W. Einführung der SwissDRGs in der Schweiz. Managed Care. 2005;1:35-6.
- 9 Zimmermann-Acklin M, Halter H (Hrsg.). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel: EMH; 2007.
- 10 Bettina Schöne-Seifert et al. (Hrsg.). Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen. Paderborn: Mentis; 2006.
- 11 Flintrop J. Nebenwirkungen der DRG-Einführung: Augen zu und durch. Deutsches Ärzteblatt. 2007; 104(34-35):A-2305/B-2041/C-1973.
- 12 Standesordnung der FMH. Präambel. www.fmh.ch/de/data/pdf/stao_2007_d.pdf.
- 13 Standesordnung der FMH. Artikel 3. ebd.
- 14 Flintrop J. Auswirkungen der DRG-Einführung: Die ökonomische Logik wird zum Mass der Dinge. Deutsches Ärzteblatt. 2006;103(46):A-3082/B-2683/C-2574.
- 15 Manzeschke A. «Wenn das Lächeln verloren geht». Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung. 2006;2(7):251-72.
- 16 Kühn H, Klinke S, Kaiser, R. Empirische Untersuchungen zu Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen. Erste Teilergebnisse zur Arbeitszeit von Krankenhausärztinnen und -ärzten. Hessesches Ärzteblatt. 2005;666(11):742-4.
- 17 Braun B, Müller, R. DRG-Einführung wird wissenschaftlich begleitet. Public Health Forum. 2004; 12(44):6.