

Danielle Lemann

Illusionäre Gesundheitspolitik: Unterlaufen DRG die Integrierte Versorgung?

Angesichts der ungelösten Probleme unserer Gesundheitspolitik mehren sich die Stimmen, die eine aktivere Einmischung der Hausärztinnen und -ärzte bis hinein in das Wartezimmer fordern [1]. Da fühle ich mich in meiner Dreifachrolle als Hausärztin, Spitalärztin mit DRG-Erfahrung und Mitglied des Bernischen Grossen Rats direkt angesprochen.

Nachdem sich in den letzten Jahren alle Vorschläge zur Kostenkontrolle in der medizinischen Versorgung als konsensuntauglich erwiesen haben, beherrschen derzeit zwei Zauberworte die politische Diskussion: «Managed Care» (MC) und «DRG». MC soll im ambulanten Bereich zum Durchbruch verhelfen, die DRG sollen es – vorerst – im stationären Sektor richten.

Managed Care oder Integrierte Versorgung?

PrimaryCare hat dem Thema Managed Care mit der Ausgabe vom 14. Juli ein ganzes Heft gewidmet und mit kritischen Artikeln den offenen Diskurs lanciert. Besonders wichtig war für mich die Analyse und Differenzierung der Begriffe «Managed Care» und «Integrierte Versorgung» von Joachim P. Sturmberg und Bruno Kissling [2]. Dass die beiden Begriffe nicht identisch sind, wird auch in der Definition von Jörg Fritschi klar: Managed Care als «gesteuerte, integrierte Gesundheitsversorgung» [3].

Eigentlich handeln wir Hausärztinnen und -ärzte schon immer integriert und patientenzentriert. Wir wollen unsere Patientin in erster Linie individuell medizinisch, aber auch wirtschaftlich optimal durch ihre Krankheit oder ihren Unfall hindurch betreuen und behandeln. Die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und den beigezogenen Spezialisten und Spitälern sowie den Pflegeheimen und der ambulanten Pflege hat sich in den letzten zehn Jahren positiv entwickelt. Die Integrierte Versorgung ist also bereits über die gesamte gestaffelte Versorgungskette Realität.

Ich möchte nicht bestreiten, dass in der Integrierten Versorgung noch Optimierungspotenzial besteht. Insbesondere kann eine gewisse Formalisierung zu einer Aufwertung des eigenständigen Berufsbildes der Hausarztmedizin führen. Viele Abläufe können effizienter gestaltet und unkoordinierte Parallelnutzungen medizinischer Angebote eingeschränkt werden. Hierin liegt unbestrittenermassen ein Sparpotenzial.

Jedoch: Was zwischen Managed Care und Integrierter Versorgung als begriffliche Nuance erscheinen mag, kann leicht einmal zum fatalen Paradigmenwechsel werden. Die Kardinalfrage lautet: Wer wird von wem «gemanaged» oder gesteuert? Und: Wie weit greift das Management mittels wirtschaftlich definierter Behandlungspfade in unser ärztliches Denken und Handeln? An dieser Stelle stellen sich bei mir grosse Bedenken aus den Erfahrungen mit den DRG ein.

DRG unterlaufen die Integrierte Versorgung

Die DRG werden vorläufig erst in der akutstationären Versorgung eingeführt, aber die möglichen Auswirkungen auch auf den ambulanten Sektor werden bereits sichtbar.

Spitalärztinnen und -ärzte in Kantonen, die bereits DRG eingeführt haben, erleben ein starres, patientenfremdes Management und die grossen Probleme einer rein auf Ökonomie ausgerichteten Medizin. Es ist absehbar, dass mit Managed Care diese Haltung sukzessive auch in den ambulanten Sektor übertragen wird. Wird es bald auch im ambulanten Bereich anonyme Kodierer, determinierende Softwareprogramme (Groupers) und kontrollierende Audits geben, die mich und meine Patienten und deren Diagnosen standardisieren und managen? Wollen wir das wirklich? Nach zweieinhalbjährigen Erfahrungen mit den DRG fürchte ich, dass ein derartiges Top-down-System mich mehr mit Richtlinien, Leistungserfassung, Pauschalen und Budgetverantwortung am Computer beschäftigt halten wird, anstatt dass ich mich um die Integrierte Versorgung meiner Patienten kümmern kann.

Wenn ich als Spitalärztin arbeite, und mir das Spital am Herzen liegt, versuche ich, möglichst viele teure Abklärungen, Leistungen und Behandlungen in die ambulante Versorgung abzuschieben. Als Hausärztin hingegen habe ich eine Steigerung der ambulanten Fallkosten zu befürchten, wenn ich die vom Spital empfohlenen Untersuchungen durchführe. Es besteht die Gefahr, dass diese Verlagerung als Mengenausweitung interpretiert wird und im Rahmen der Kostenneutralität zu weiteren Taxpunkterniedrigungen der ambulanten Leistungen führt. Die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Leistungserbringenden wird damit kaum gefördert. Als Politikerin muss ich befürchten, dass solche Verzerrungen in den Abläufen für die Gesundheitsversorgung insgesamt keine Kosteneinsparung bringen können und das Ziel von Managed Care, die Behandlungskette zu «optimieren», unterlaufen wird. Und: Der Beruf der Hausärztin wird damit nicht attraktiver.

Auch die FMH befürchtet solche negativen Auswirkungen. Ich zitiere Ernst Gähler et al.: «Die Einführung der Fallpauschalen SwissDRG, im stationären Bereich per 1. Januar 2012, wird Nachfrageströme verschieben, sei es durch ausgelagerte Vorabklärungen und Nachbehandlungen, oder Selektion [...] Die Turbulenzen rund um die Kostenverlagerung, welche die DRG ganz sicher auslösen wird, sind bereits spürbar.» Und weiter: «Sind wir Ärzte also schon wieder zu spät? Wir brauchen verlässliche Grundlagen, um proaktiv und mit gutem Datenmaterial zu argumentieren.» [4]

Reason For Encounter (RFE) und DRG-Moratorium

Dementsprechend wurde das Meldesystem RFE (www.reasonfor-encounter.ch) eingeführt. Damit hat die Ärzteschaft rechtzeitig ein Instrument zur begleitenden Evaluation der DRG-Verzerrungen eingeführt. Das ist erfreulich, denn die offizielle «Begleitforschung» zur SwissDRG kommt hoffnungslos zu spät. Ob allerdings die RFE-Erhebung genügend durchdacht ist und die Resultate genügend

Es wäre allzu schade, wenn wir die Früchte unserer Bemühungen um patienten- und arztgerechte Formen der Integrierten Versorgung durch die unausgereifte Einführung der DRG wieder zunichtemachen würden.

glaubwürdig sein werden, sei dahingestellt, vor allem weil in vielen Kantonen eine abgeschwächte Form von DRG bereits eingeführt ist.

Persönlich bin ich davon überzeugt, dass ein DRG-Moratorium – (www.drg-moratorium.ch) – noch wichtiger ist. Es wäre allzu schade, wenn wir die Früchte unserer bereits vorhandenen hausärztlichen Bemühungen um patienten- und arztgerechte Formen der Integrierten Versorgung durch die unausgereifte Einführung der DRG wieder zunichtemachen würden.

Literatur

- 1 Reuge L. Soll man in der Arztpraxis Politik machen? PrimaryCare. 2010;10(11):212.
- 2 Sturmberg JP, Kissling B. Integrierte Versorgung und Managed Care aus der Sicht der Komplexität. PrimaryCare. 2010;10(11):210.
- 3 Fritschi J. BudgetMITverantwortung und KVG-Revision Managed Care / Integrierte Versorgung. SÄZ 2010;91:33.
- 4 Gähler E, Prantl A, Zogg F, Zihlmann U, Stoffel U. Sind wir schon (wieder) zu spät? Tarif-Fragen. SÄZ. 2010;91(16):615–6.

Korrespondenz:

Dr. med. Danielle Lemann
Praxisgemeinschaft für Hausarztmedizin
Oberärztin Regionalspital Emmental
Grossrätin Kanton Bern
3550 Langnau

Bernhard Rindlisbacher

DRG und die Weiterbildung der Hausärzte

Am 14. September 2010 wurde auf Einladung des BAG die Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» lanciert¹. Erster Themenschwerpunkt ist die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Nicht mit dabei sind die Hausärztinnen und Hausärzte. Sie müssen sich unbedingt einbringen.

Es geht hier um die bedeutende Frage, ob in der Schweiz die Weiterbildung zum Hausarzt künftig endlich von den Hausärzten selbst gesteuert wird. Bisher können die Hausarztvertreter bestenfalls als Bittsteller an die spezialisierten Chefärzte der Weiterbildungsstätten bzw. an die Kantone herantreten. Kein Wunder, dass es uns Hausärzten kaum gelingt, genügend Weiterbildungsstellen in Spital und Praxis für unseren Nachwuchs zu bekommen und zu erreichen, dass die Assistenzärzte an diesen Stellen optimal auf die Hausarztztätigkeit vorbereitet werden.

Gemäss bundesrätlicher Verordnung [1] gilt die ärztliche Weiterbildung bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels als «universitäre Lehre», und deren Kosten dürfen von den Spitälern den Leistungsträgern nicht in Rechnung gestellt werden [2]. Mit der Einführung der DRG wird der Kostendruck auf die Spitäler steigen. Man wird die Tarife drücken und versuchen, einen möglichst grossen Kostenanteil als Weiterbildungskosten auszulagern [3]. Es droht ein Rückgang von Anzahl und Qualität der Weiterbildungsstellen. Das BAG schreibt in der Meldung zur Lancierung der Plattform «Zukunft ärztliche Bildung», die als Erstes die Frage der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung lösen soll, dazu: «Befürchtet wird von einigen Akteuren ein Abbau von Assistenzarztstellen als Folge der

Einführung von Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2012. Einigkeit besteht in der Plattform darüber, dass die Einführung von DRG bei den Spitälern zu einem Druck zur Effizienz der Leistungserbringung führen wird. Ob dadurch und durch die veränderten Rahmenbedingungen – insbesondere die neue Spitalfinanzierung – Weiterbildungsstellen tatsächlich gefährdet sind, bleibt abzuklären.»²

Bisher ist völlig unklar, wie künftig in der Schweiz die ärztliche Weiterbildung finanziert werden soll. Max Giger hat dazu vor einem Jahr eine Poollösung vorgeschlagen [4]. Dies böte die Chance, dank der Loslösung der Finanzierung von den Spitaltarifen auch das nötige Geld für die Praxisweiterbildung zu reservieren. Es geht hier aber nicht nur ums Geld, sondern vor allem darum, von wem künftig die hausärztliche Weiterbildung gesteuert wird. Damit dies endlich durch uns Hausärztinnen und Hausärzte selbst geschieht, wie das bei jedem anderen Facharzttitel dank direktem Einfluss der Chefärzte selbstverständlich ist, muss das für die Hausarzt-Weiterbildung zur Verfügung stehende Geld auch von den Hausarztvertretern verwaltet und verteilt werden. Im europäischen Ausland ist dies eine Selbstverständlichkeit. Unsere starke Abhängigkeit von den Spitalchefärzten sorgt bei meinen EURACT³-Kollegen immer wieder für Kopfschütteln und Unverständnis.

Vorbild und Erfolgsmodell mit einer wirklichen Ausrichtung der Hausarzt-Weiterbildung auf die spätere Tätigkeit ist das St. Galler

¹ <http://www.news.admin.ch/message/?lang=de&msg-id=35133>.

² <http://www.news.admin.ch/message/?lang=de&msg-id=35133>.

³ EURACT – European Academy of Teachers in General Practice. www.euract.org.

Kleeblattprojekt [5]. Erstens steht hier das nötige Geld zur Verfügung, um die Praxisweiterbildung zu finanzieren. Zweitens kann der Hausarzt Christian Häuptle als Leitender Arzt für Hausarztmedizin auch bei Spitalweiterbildungsstellen über die nötigen kantonalen Finanzmittel verfügen. Dies ermöglicht ihm, im Gespräch mit den Chefärzten genügend Einfluss zu nehmen, dass die Curriculumstellen wirklich hausarzt-spezifisch ausgerichtet werden.

Bei der auf Einladung des BAG nun gestarteten Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» sind 16 Organisationen aus dem Gesundheitswesen und dem Bildungsbereich einbezogen, darunter H+ und der Verein der leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) als Vertreter der Spitalmedizin und der Spezialisten. Die Hausärzte aber bleiben aussen vor! Das ist unannehmbar, denn nicht nur die Spitalmedizin, sondern auch die Hausarztmedizin muss hier ihre Interessen vertreten können. Werner Bauer als Nachfolger von Max Giger an der Spitze des SIWF⁴ verspricht, sich in diesem Gremium für die Finanzierung der Praxisassistenz einzusetzen. Das ist zwar erfreulich, reicht aber nicht.

Konklusion

Die Hausarztvertreter müssen mit genügend Einfluss erreichen können, dass die Weiterbildung unserer jungen Kolleginnen und Kollegen gezielt und prioritär auf ihre künftige hausärztliche Aufgabe

⁴ SIWF – Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung. www.siwf.ch.

hinführt – wie sie in den Lernzielen für den künftigen Hausarzttrack des Facharztstitels Allgemeine Innere Medizin definiert wird. Dies setzt voraus, dass genügend Geld für die Praxisweiterbildung zur Verfügung steht, aber auch, dass die Kontrolle über die Finanzierung der Spitalweiterbildung für den eigenen Nachwuchs den Hausärzten übertragen wird.

Literatur

- 1 Bundesrätliche Verordnung vom 22.10.2008 über die Kostenermittlung und Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung. <http://www.admin.ch/ch/d/as/2008/5105.pdf>.
- 2 Giger M. Bundesrätliche Verordnung gefährdet ärztlichen Nachwuchs. SÄZ. 2008;46:1981. http://www.saez.ch/pdf_d/2008/2008-46/2008-46-1159.PDF.
- 3 Glauser R. Bundesverwaltungsgericht stützt «santésuisse». VSAO-Journal. 2010;5:6-7. http://www2.vsao.ch/fileupload/201092117920_pdf.pdf.
- 4 Giger M. Neues Modell zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung im Allgemeinen und unter DRG, SÄZ. 2009;46:1785-6. http://www.saez.ch/pdf_d/2009/2009-46/2009-46-977.PDF.
- 5 Häuptle C, Meyenberger C, Greminger P. Das St. Galler Projekt: Vom Projekt zum Modell? SÄZ. 2010;24:949-53. http://www.saez.ch/pdf_d/2010/2010-24/2010-24-318.PDF.

Korrespondenz:

Dr. med. Bernhard Rindlisbacher
 Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
 Traubenweg 67
 3612 Steffisburg
bernhard.k.rindlisbacher@hin.ch

Thomas Rosemann, Carola A. Huber

Die DRG und die Hausarztmedizin – Chancen oder Risiko für die Hausarztpraxis als «Medical Home»?

Um es gleich vorweg zu sagen: Den Einfluss der DRG auf die ambulante Versorgung aus den aus anderen Gesundheitssystemen vorhandenen Daten extrapolieren zu wollen, ist in grossen Teilen Spekulation. Dies hat eine Fülle von Gründen.

Begleitforschung zu DRG – Lehren aus Europa und den USA

- Eine wirklich systematische, methodisch einwandfreie Untersuchung im Sinne eines Prä-post-Vergleichs existiert in keinem Gesundheitssystem.
- Zahlreiche Veränderungen, wie etwa eine Verkürzung der Krankenhausliegezeiten, haben bereits vor Einführung der DRG eingesetzt und haben sich mit DRG in einigen Ländern linear fortgeschrieben, in anderen kam es zu einer Beschleunigung dieses Prozesses. So z.B. in Österreich, wo «Leistungsbezogene Diagnose-Fallgruppen» zu einer Reduktion der Verweildauer um 14–17% führten, bei gleichzeitigem Anstieg der Krankenhausaufenthalte um 8–13%.
- In einigen Bereichen ist unklar, inwiefern Verlagerungen in den ambulanten Bereich auf andere Faktoren, wie etwa technologische Fortschritte (in der ambulanten Diagnostik/Therapie) oder

zusätzliche Betreuungsangebote zurückzuführen sind. Zu differenzieren ist bei den Verlagerungseffekten auch zwischen dem «shift to outpatient care» (also in die Grundversorgung) und dem «shift to postacute care» in spezielle Einrichtungen. Acht Studien belegen ersteres, zwölf Studien letzteres, zwei fanden keine Veränderung und eine Studie gleich beides. Zu der Widersprüchlichkeit der Ergebnisse kommt hinzu, dass der Beitrag der einzelnen Faktoren, also dem vermehrten ambulanten Angebot und der DRG-bedingt gesteigerten Nachfrage, nicht voneinander abzugrenzen ist.

- Bei der Übertragung der Ergebnisse ist zudem zu beachten, dass Gesundheitssysteme schwer mit einander zu vergleichen sind. Volumenausweitungen in einem Sektor müssen sich z.B. durch Deckelungsmechanismen in der ambulanten Vergütung nicht in einer Honorarausweitung widerspiegeln.
- Die Widersprüchlichkeit der Ergebnisse setzt sich auch in den jüngeren Studien aus Deutschland fort. Auch hier unterblieb eine systematische Evaluation, wie sie eigentlich im Gesetz festgeschrieben wurde. Ende März 2010 hat das deutsche «Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus» (InEK) die Ergebnisse aus drei methodisch und inhaltlich mehr oder weniger unter-

Forschungsprojekt «DRG» am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich – machen Sie mit!

Für das Forschungsprojekt «Auswirkungen der DRG auf die Hausarztmedizin» suchen wir Kolleginnen und Kollegen, die sich daran beteiligen wollen. Voraussetzung ist eine elektronische Krankengeschichte (KG). Interessierte wenden sich bitte an unser Institut (www.hausarztmedizin.uzh.ch) oder direkt an Dr. Carola Huber, MPH. E-Mail: carola.huber@usz.ch

schiedlichen Forschungsvorhaben über die Auswirkungen der DRGs veröffentlicht. Je nach Erhebung bzw. involvierten Personen (Krankenhauspersonal bzw. Krankenversicherungen) kommen die Studien zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen. Zudem sind die Erhebungen v.a. qualitativer Art und berichten nur spärlich (Routine-)Daten der Krankenversicherer. Interessanterweise

Es bleibt zu befürchten, dass diese Rolle des Hausarztes von allen vollmundig betont wird, dass dies aber ohne entsprechende finanzielle Abgeltung stattfinden soll.

wurden Hausärzte nur in Form einer qualitativen Erhebung in einem Projekt «Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System» (WAMP) mit einbezogen. Aufschlussreich sind die Daten aus Deutschland bezüglich der Arbeitsbelastung: Gemäss der WAMP-Studie hat die administrative Belastung der Spitalärzte deutlich zugenommen: Durchschnittlich verbringen die Ärzte mittlerweile 4,3 Stunden pro Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten, gefolgt von 2,1 Stunden administrativen Tätigkeiten, 1,4 Stunden Patienten-/Ange-

hörigengesprächen und 1,2 Stunden mit dem Verfassen von Arztbriefen.

Leistungsverlagerung von stationär zu ambulant

Zusammenfassend kann man sagen, dass seit Einführung der DRG bzw. des Prospective Payment System (PPS) – das Pendant in den USA – sich die Liegezeiten deutlich verkürzt haben, die eingewiesenen Patienten ernster krank waren und mehr Leistungen ausserhalb des Krankenhauses erbracht wurden. Hinsichtlich der Anzahl der Einweisungen gibt es – wie ausgeführt – divergierende Ergeb-

nisse, während sie in den USA beispielsweise zurückgingen, stiegen sie in Österreich an. Aufgrund der Datenlage kann man von einer Verlagerung auch in den hausärztlichen Bereich ausgehen.

Was bedeutet das nun für die Hausarztmedizin und insbesondere für die Hausarztpraxis als «Medical Home» – also dem Ort der lebenslangen Begleitung durch den Hausarzt?

DRG auf Kosten des Hausarztes: mehr Arbeit für weniger Geld?

Die Hausarztmedizin wird mehr als alle anderen Professionen der ambulanten Versorgung mit den demographischen Veränderungen und den assoziierten Herausforderungen – chronische Krankheiten und Multimorbidität – konfrontiert werden. Die DRG werden mit hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass die prä- und poststationäre Betreuung gerade dieser Patienten vermehrt in der Hausarztpraxis stattfinden wird. Dies wird sowohl mit einem Mehraufwand in der Kommunikation einhergehen, v.a. aber mit einem Mehraufwand in der Diagnostik. Es bleibt zu befürchten, dass diese Rolle des Hausarztes von allen vollmundig betont wird, dass dies aber ohne entsprechende finanzielle Abgeltung stattfinden soll. Wichtig wird es daher sein, allfällige Verlagerungen in den ambulanten, insbesondere hausärztlichen Bereich gut zu dokumentieren, um für entsprechende Verteilungsdiskussionen gerüstet zu sein. Aus wissenschaftlicher Sicht bietet sich hier eine historische Chance – aus hausärztlicher Sicht wird es fast von existentieller Bedeutung sein. Denn eine Verteilung zu Lasten der Hausärzteschaft wird die Attraktivität des Hausarztberufes für den Nachwuchs weiter schmälern. Da – ähnlich wie in Deutschland – trotz offizieller Begleitforschung der Standesorganisation entsprechende (methodisch gute) Resultate ausblieben, haben wir am Institut für Hausarztmedizin das Thema als ein prioritäres Forschungsthema deklariert.

Korrespondenz:

Prof. Dr. Thomas Rosemann, PhD
Dr. Carola A. Huber, MPH
Institut für Hausarztmedizin und Versorgungsforschung
Universität Zürich
Sonneggstrasse 6
8091 Zürich
carola.huber@usz.ch
thomas.rosemann@usz.ch