

Bertrand Kiefer, Daniel Widmer

# Primum non nocere! Die DRG und der Grundsatz der Schadensvermeidung

**Ein Gespräch mit Bertrand Kiefer, Chefredaktor der Revue médicale suisse und Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin.**

**Daniel Widmer:** Sind die DRG in der ambulanten Medizin unumgänglich?

**Bertrand Kiefer:** Nicht unumgänglich, aber man wird starke Anreize schaffen. Am 1. Januar 2012 werden sie schweizweit in den Spitälern und einige Jahre später höchstwahrscheinlich auch im ambulanten Bereich eingeführt. Die DRG entgehen der demokratischen Diskussion: Ihre Steuerung liegt in der Hand der Swiss DRG AG, die über die Abgeltung der Diagnosegruppen, den akzeptablen Innovationsgrad und vieles mehr entscheidet. An der Gesellschaft beteiligt sind die Krankenversicherer, H+, die GEK und die FMH, aber keinerlei Krankenpflegekräfte- oder Patientenorganisation, denn der Einstiegspreis ist sehr hoch. Swiss DRG ist eine *Black Box* ohne jegliche öffentliche Debatte. Sollten auch die ambulante Medizin und die Allgemeinmedizin letztendlich die DRG einführen, legen sie wahrscheinlich die Gestaltung ihrer Zukunft ebenfalls in die Hände dieser Aktiengesellschaft.

**Warum werden die DRG eingeführt?**

Allgemein zeichnet sich deutlich zunehmendes unternehmerisches Denken und ein stärkerer Wunsch nach wirtschaftlicher Kontrolle, nach Quantifizierung ab. Diese neue Sichtweise spiegelt sich in den DRG wider. Sie ist kein spezifisches Phänomen der Medizin, aber die Medizin an sich ist spezifisch und sie wird zwangsläufig ihre Mission nicht mehr erfüllen können: Es wird Verluste geben. Effizienz und Qualität können nicht die einzigen Kriterien sein. Es stellt sich die Frage nach dem Ziel und die ist nicht so einfach zu beantworten wie in der Industrie. Hier geht es nicht darum, einen neuen hochwertigen Toyota auf den Markt zu bringen. In der Medizin ist das Ziel mit dem Menschen verbunden. Im Zentrum der Medizin stehen individuelle Norm und kollektive Norm in einem Spannungsfeld, was man nicht reduktionistisch zu beseitigen versuchen darf. Die DRG versuchen diese Spannung nur einseitig zu lösen.

**Welche Gefahren bringen die DRG für die Allgemeinmedizin?**

Die DRG werden es ermöglichen, nicht rentable Fälle aus den rentablen auszusortieren. Nicht rentable Patienten werden es schwerer haben, einen Platz im Spitalsystem zu bekommen, oder werden sozusagen noch „blutend“ entlassen. Möglicherweise wird eine regelrechte Rotation mit sukzessiven Entlassungen und Neueintritten einsetzen. All diese Fälle sind in der ambulanten Versorgung aufzufangen, zumindest vorläufig, während der ersten Etappe ab dem ersten Halbjahr 2012. Werden die DRG in einem zweiten Schritt in der Ambulanz eingeführt, so negiert man ihre besondere Mission. Denn die Tätigkeit des Hausarztes zielt nicht darauf ab, Diagnosen zu stellen, sondern mit der Unsicherheit umzugehen, die Menschen zu begleiten und sie gemäss ihren persönlichen Kriterien zu entlasten. Nicht jede Diagnose ist einfach, es gibt viele Patienten mit Mehrfacherkrankungen, die man nicht ohne Weiteres in Diagnosen klassifizieren kann. Multimorbidität ist an sich eine neue Diagnose. Tatsächlich ist sie sogar eine emergente Diagnose eines neuen Typs.

**Bildet die Diagnose aber nicht den Kern der Medizin?**

Eine im Menschen tief verwurzelte Eigenschaft ist sicherlich die, Dinge zu benennen. Wenn aber diese stark von Symbolen geprägte Suche nach Benennungen, die wissenschaftlich grossen Nutzen bringen kann, zu Verwaltungszwecken verwendet wird, dann nimmt man den Benennungen, sobald sie einmal festgelegt sind, jede Möglichkeit zur Entwicklung bzw. Veränderung. Ist die Diagnose erst einmal in das System eingespeist, wird sie kaum mehr zu verändern sein. Die Sprache der Medizin muss aber entwicklungsfähig sein und der Forschung folgen können. Und ein weiteres Problem ist, dass sich die Medizin nicht nur Benennungen bedient, sondern eines Diskurses, d.h. eines grösseren Symbolsystems. Wird eine Diagnose gestellt, gehen die Menschen

damit unterschiedlich um und dem tragen die DRG nicht Rechnung. Zurück zu den Gefahren der DRG. Wer wird bestraft? Es sind die Schwächsten unter den Patienten, unabhängig von der jedem Patienten eigenen Verletzlichkeit. Da nach einem Standard vorgegangen werden soll, wird die Einzigartigkeit, die Verletzlichkeit des Einzelnen negiert. Im Übrigen widersprechen die DRG unserer Berufsethik und ihren Lehren, nach denen wir den Patienten mit seinen Gefühlen und Erscheinungsbildern in den Mittelpunkt stellen und zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen. Ein starres DRG-System, das Standard-Interventionen vorgibt, bringt den Arzt in eine unhaltbare Situation, in der er mit sich stets widersprechenden Befehlen ringen muss. Im Zentrum dieses Spannungsfeldes kann der Leidensdruck der Ärzte übermächtig werden. Dieser Spannungszustand muss auf einer höheren Ebene gelöst werden, nicht durch den Arzt. Wer möchte schon einen Beruf ausüben, in dem man verrückt wird? Die DRG sind nicht dazu geeignet, die Attraktivität der Allgemeinmedizin zu erhöhen...

**Wie kann dies auf höherer Ebene gelöst werden?**

Die Ärzte müssen die politischen Entscheidungsträger anrufen: In Deutschland sind grosse Probleme aufgetreten. Was wurde in der Schweiz getan, um sie zu verhindern? Die DRG müssen von einem Ethikgremium begleitet werden, das mit echten Kompetenzen zur Änderung des Systems ausgestattet ist – nicht nur von einer «ethischen Begleitforschung», wie derzeit vorgesehen.

**Die Allgemeinmedizin steht im Zentrum der Komplexität. Betriebswirte wollen Indizes. Warum gibt man ihnen nicht einen Komplexitätsindex anstelle einer Diagnose?**

Ein starres System dürfen wir nicht akzeptieren. Wenn die DRG uns aber auferlegt werden, muss man Komplexitätskriterien einführen. Obgleich alle wissen, dass ärztliches Handeln nicht auf rein quantifizierbare Kriterien reduziert werden kann, muss zumindest ein Kompromiss gefunden werden. Es wird kaum möglich sein, sich gänzlich zu verweigern. Dennoch muss die spezifische Mission der Allgemeinmedizin erhalten und es muss an ihre Zweckbestimmung erinnert werden, die an erster Stelle darin besteht, dem Patienten Zuwendung entgegenzubringen und ihn in seiner Krankheit zu begleiten. Mit den DRG besteht die Gefahr, dass zwischenmenschliche Nähe und Mitgefühl in den Bereich der freiwilligen Arbeit bzw. an den Rand der Medizin abgedrängt werden. Zwar werden die Ärzte sich bemühen, für jeden Patienten die Diagnose zu stellen, mit der sie die bestmöglichen Behandlungsleistungen erhalten. Aber sie stehen einer Armee an Kodifikatoren gegenüber, die ihre Codierung überprüfen. Dadurch wird, nebenbei gesagt, eine weitere Verwaltungsebene geschaffen, die aus dem Gesamtpfopf finanziert werden muss. Im ambulanten Bereich kann es sein, dass die Ärzte den Widerstand organisieren. In den Spitälern ist die Hierarchie zu stark, als dass die Ärzte mehr als nur symbolischen Widerstand leisten könnten.

**Und wo bleibt bei alledem die ärztliche Schweigepflicht?**

Sie wird ganz offen mit Füßen getreten. Doch ehrlich gesagt ist in der Bevölkerung die ärztliche Schweigepflicht kein wichtiges zu schützendes Gut mehr, denn wir leben in einer Zeit, in der die Menschen im Fernsehen oder Internet frei über ihre Gesundheit sprechen. Jeder will sich zeigen. Gefahr besteht für die schwächsten Gruppen. Das Problem ist, dass Kranke, insbesondere die chronisch Kranken, eine kaum sichtbare Minderheit sind. Für diese Minderheit müssen die Ärzte sprechen und insbesondere ihr gegenüber gilt der Grundsatz *primum non nocere*. Diese Bevölkerungsgruppe muss als Massstab für die DRG dienen.

Korrespondenzadresse:

Dr. Bertrand Kiefer  
Chefredakteur  
Médecine et Hygiène  
Postfach 475, 1225 Chêne-Bourg; bertrand.kiefer@medhyg.ch