

Hansueli Albonico

DRG: Sauberes Moratorium statt Wursteln mit Übergangslösungen

Im Zuge der Konkretisierung der DRG als Abgeltungssystem in der akutstationären Versorgung in der Schweiz wurden erhebliche Probleme sichtbar. Man versucht sich jetzt mit zahlreichen Übergangslösungen zu behelfen – besser wäre ein sauberes Moratorium. Zumal die vielgepriesene Begleitforschung definitiv zu spät kommt.

Im Dezember 2007 stimmte das Schweizerische Parlament in Ausführung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der Einführung von landesweit einheitlichen Fallpauschalen (DRG) in der akutstationären medizinischen Versorgung zu. Gerade überzeugt waren die Parlamentarier nicht, selbst engagierte Volksvertreter fühlten sich unsicher, worauf sich die Schweiz damit einliess. Die Vorlage wurde mit lediglich 90 Ja- gegenüber 52 Nein-Stimmen und 56 Enthaltungen angenommen. Der politische Hintergrund der DRG ist jedoch nachvollziehbar: man möchte Anreize für betriebsund volkswirtschaftlich sinnvolles und kosteneffizientes Handeln schaffen und, gerade auch bei den Ärzten, Kostenbewusstsein und Budgetverantwortung fördern.

DRG-Systeme wurden bekanntlich aus der Chirurgie heraus entwickelt. Es schien zunehmend inakzeptabel, dass ein Blinddarmpatient im einen Spital eine Woche hospitalisiert wurde und doppelt so hoche Kosten generierte wie in einem anderen Spital, das diesen Patienten schon am zweiten Tag entliess. Chirurgische Prozeduren lassen sich einigermassen standardisieren und kodieren. Daraus entwickelte sich jedoch – jetzt für die gesamte Akutmedizin - ein hochkomplexes System mit tausenden von Codes zur Erfassung von Haupt- und Nebendiagnosen (aktuell bereits 50 Diagnosen pro Patient!) sowie von diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, denen anhand von ausgeklügelten Kostenberechnungen Kostengewichte (Case Weights) zugeordnet werden, welche dann, basierend auf einem Basispreis (Base-Rate) die Abgeltung durch die Krankenversicherer definieren. Gleichzeitig weist die Kostenberechnung dem Patienten eine definierte Liegedauer zu, deren Überschreitung mit Abzügen geahndet wird.

In meiner doppelten Rolle als Haus- und Spitalarzt konnte ich persönlich die Einführung der DRG im Kanton Bern seit zweieinhalb Jahren aus doppelter Optik mitverfolgen. Ich orte die Probleme auf drei Ebenen: Erstens sind die DRG, so wie sie derzeit veranlagt sind, kein geeignetes Mittel zur Erreichung ihres eigenen gesundheitspolitischen Ziels. Zweitens führen sie zu einer bedenklichen Deprofessionalisierung des Arztes bzw. der Ärztin. Und drittens wird ihre pathogenetische Ausrichtung jegliche Bemühung um Kostendämpfung unterlaufen.

Nationales Symposium zum Thema «Ökonomisierung der Medizin – Die Einführung an Schweizer Spitälern als ethische Herausforderung» vom 10. Juni 2009. Das Auditorium der Kinderklinik am Inselspital Bern ist voll besetzt. Unter der Ägide der Nationalen Ethikkommission und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften beschäftigt man sich «mit den Fragen rund um die Einführung der DRG an Schweizer Spitälern». Bei genauerem Hinhören stelle ich überrascht fest: die Mehrheit im Saal ist gar

nicht pro DRG. Ja, man ist weitherum entrüstet über das, was damit auf uns zukommt. Aber man wagt es nicht, das Undenkbare zu denken: den Aufschub der DRG.

Mit hohen Kollateralschäden am Ziel vorbei

Angesiedelt bei der «Akademie für Menschenmedizin» am Spital Affoltern¹ läuft seit diesem Sommer in der Schweiz eine Unterschriftensammlung für ein DRG-Moratorium [1]. Damit wollen wir aufzeigen, dass die DRG die erhofften gesundheitspolitischen Ziele, nämlich Transparenz, Vergleichbarkeit und Effizienzsteigerung nicht erreichen können, dass jedoch die auf kurzfristige ökonomische Kenndaten ausgerichtete «Logik» der DRG zu irreversiblen Kollate-

ralschäden in der Gesundheitsversorgung führen [2]. Das Moratorium listet exemplarisch zwölf Problemkreise auf, die aufzeigen, dass wichtigste Anliegen wie etwa Versorgungssicherheit, Datenschutz, Erhalt der Pflegestellen, aber z.B. auch die realistische Planung der Deckung der Investitionskosten der Spitäler völlig ungeklärt sind.² Aber auch das System an sich, also «unser» nationales «Swiss-DRG», ist fern einer vernünftigen Realisierbarkeit; insbesondere verzögern

Ich finde es erschütternd, wie wir Ärztinnen und Ärzte uns auch in der Schweiz durch das DRG-System korrumpieren lassen.

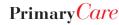
sich die Datenlieferungen der Spitäler, so dass die Datenlage völlig ungenügend ist [3]. So ist auch der Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulates von Christine Goll vom Sommer 2010 wenig optimistisch hinsichtlich Einhaltung der Fristen [4].

Aktuell laufen grosse Anstrengungen, diese Ungereimtheiten im Eilzugtempo aufzufangen [5, 6]. Für uns praktizierende Grundversorger bleiben dabei aber vorab zwei grosse Fragezeichen im Vordergrund: Wie wollen wir die Auslagerung von Leistungen und Kosten aus dem stationären in den ambulanten Bereich auffangen? Und: Wie wollen wir dereinst der Übertragung des DRG-Systems auf den ambulanten Sektor gegenübertreten?

Deprofessionalisierung der Ärztin und des Arztes

Die DRG bedeuten nichts weniger als die Abtretung der medizinischen Fallführung vom Arzt an die computerisierte Ökonomie [7]. Das beinhaltet nicht nur eine Verlagerung vom Medizinischen ins Wirtschaftliche, sondern, und das halte ich für weitaus bedeutsamer, vom Menschengeführten zum Softwarebestimmten. Wenn auch das Primat der Ökonomie an sich bereits bedenklich ist, so wiegt noch schwerer, dass im DRG-System Chefarzt, Pflegeleiterin oder Klinikdirektor allesamt durch eine anonyme, unpersönliche, aber äusserst autoritäre neue Instanz abgelöst werden: den «Grouper». «Der Grouper ist der Chef im DRG-Regime», schreibt Jürg Steiner im Beitrag «Die neue Art, krank zu sein» in der Berner Zeitung, «der Grouper ist allerdings kein Spezialarzt für chirurgische

- 1 www.akademie-affoltern.ch.
- www.drg-moratorium.ch.



Medizin, sondern eine ausgetüftelte Software. Sie sorgt dafür, dass ich mit meiner Gallenblase vom individuellen Patienten zum kodierten Fall werde» [8]. Hinter dem Grouper steht eine Softwarefirma und die private Aktiengesellschaft «Swiss-DRG»; Hauptaktionäre sind der Dachverband der Krankenkassen, der Spitalverband, die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und der Schweizerische Ärzteverband FMH, nicht dabei sind der Verband der Pflegefachleute und die Patientenvereinigungen.

SIWF-Präsident Werner Bauer hat mit Bezugnahme auf Paul Unschuld, dem emeritierten Direktor des universitären Institutes für Medizingeschichte in München, auf die eklatante «Deprofessionalisierung» [9] hingewiesen, die mit der Ökonomisierung der Medizin einhergeht [10]. Ich finde es erschütternd, wie wir Ärztinnen und Ärzte uns auch in der Schweiz durch das DRG-System korrumpieren lassen. Wir stellen nämlich nicht nur unser medizinisches Handeln unter das Primat der Ökonomie, sondern sind daran, auch unser medizinisches Denken einem vordergründigen Effizienzdenken zu opfern.

Chefarztvisite im Sommer 2009. Unser Patient P.S., 67-jährig, leidet seit 14 Jahren an einem Kehlkopfkarzinom. Kurz vor Spitaleintritt wurde zur Erhaltung der Atmung eine Tracheostomie notwendig, zur Ernährung erhielt Herr S. eine PEG-Sonde. Einmal schon musste er wegen Atemversagen intubiert und beatmet werden. Dank optimaler Behandlung und Betreuung auf unserer Spitalabteilung geht es dem Patienten heute, nach zweiwöchiger Hospitalisation, wesentlich besser, vorallem ist es ist es nie mehr zu Erstickungsanfällen gekommen. Gerade deshalb gerate ich in einen unlösbaren Konflikt: Wenn ein tracheotomierter Patient beatmet werden muss, kann er bis zu zwei Monate im Akutspital bleiben, so aber müssen wir ihn jetzt vorzeitig auf irgendeinen Pflegeplatz abschieben. In der ethischen Auseinandersetzung in unserer Geschäftsleitung stellen wir fest, dass unser Spital, wenn es wirtschaftlich keinen Bestand hat, auch keine gute Medizin mehr machen kann. Das leuchtet ein; ich muss also zum Entsetzen von Pflegeteam und Angehörigen die umgehende Entlassung in die Wege leiten.

Ökonomischer Bumerang

Selbst unter rein ökonomischen Aspekten werden sich die DRG insgesamt als Bumerang erweisen. Durch die pathogenetische Ausrichtung, wonach dem Patienten möglichst viele Diagnosen und Prozeduren «angehängt» werden müssen, werden die DRG längerfristig nicht zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen führen. Die Schweiz verweist gerne auf angeblich positive Erfahrungen mit den DRG in den USA, in Australien und in Deutschland. Dabei wird geflissentlich übersehen, dass die Erfahrungen in den USA, vorsichtig ausgedrückt, höchst widersprüchlich sind [11], dass Australien die

DRG nur in einem sehr eingeschränkten Bereich anwendet [12] und dass aus Deutschland vorallem Spitalverwalter und Krankenkassenfunktionäre, nicht aber Ärzte und Pflegende Positives berichten [13, 14]. Bei aller Kontroverse hat man bisher in der Schweiz im «Erfolgsfaktor frühzeitige Begleitforschung» Zuflucht genommen [15, 16]. Selbst wenn diese durch die Bemühung der FMH noch zustande käme [17], könnte sie frühestens in einem Jahr einsetzen, womit die entscheidenden Baselinedaten definitiv verpasst wären.

Literatur

- Hess CH, Strebel U. DRG Aufruf zu einem Moratorium. SAeZ. 2010;91(28/29):1105–6.
- 2 Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs Risiken und Nebenwirkungen. SAeZ. 2010;91:9, 370–4.
- 3 Meyer B. SwissDRG: ein Zwischenfazit. SAeZ. 2010;91(30/31):1127-8.
- 4 Bunderat. Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen: Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland (undatiert); Sommer 2010.
- 5 Cuénoud PF. SwissDRG ist die Einführung am 1. Januar 2010 realistisch? SAeZ. 2010;91(17):657.
- 6 Cuénoud PF. Neue Spitalfinanzierung ab 2010: Chance oder Katastrophe? SAeZ. 2010;91(32):1173.
- 7 Vogt PR. Fallpauschalen DRG-System: Chance oder die n\u00e4chste Katastrophe? Kardiovaskul\u00e4re Medizin. 2007;10:189–91.
- 8 Berner Zeitung; 3.7.2010:31.
- 9 Unschuld P. Ware Gesundheit. München: C.H. Beck; 2009.
- 10 Bauer W. Deprofessionalisierung in nüchternes Wort für eine unerfreuliche Diagnose. SAeZ. 2010;91(5):196.
- 11 Brügger U. Impact of DRG's Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. Schriftenreihe der SGGP, 2010:98.
- 12 Haas NA. Fallpauschalen: Die australische Realität. Deutsches Ärzteblatt. 2006:103:A1729–30.
- 13 Rau F, Roeder P, Hensen N (Hrsg). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 2009.
- 14 Binswanger RO. Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel Die Einführung der Diagnosis-related Codes und der Budgetverantwortung der Klinikleiter an Beispielen aus Deutschland. SAeZ. 2007;88(8):318–21.
- 15 FMH/VSAO. Von Deutschland lernen frühzeitige Begleitforschung als Erfolgsfaktor. Medienmitteilung vom 25.09.2008.
- 16 Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz eine Frage der Ethik. SAeZ. 2008;89(9):361–5.
- 17 Meyer B. Begleitforschung SwissDRG: Wer wagt den ersten Schritt? SAeZ. 2010;91(34):1263.

Korrespondenz:

Dr. med. Hansueli Albonico Praxisgemeinschaft für Hausarztmedizin Chefarzt Interdisziplinäre Komplementärmedizin Regionalspital Emmental RSE 3550 Langnau