

Gabriela Lang, Rechtsanwältin, FMH-Rechtsdienst; Hanspeter Kuhn, Fürsprecher, stv. Generalsekretär der FMH; Petra Ingenpass, stv. Leiterin Bereich SwissDRG der FMH

# Haftungsfragen unter SwissDRG: Was kommt auf die Ärzteschaft zu?

**Die einen erhoffen sich von SwissDRG mehr Transparenz unter den Spitälern und eine sachgerechtere Verteilung der Mittel. Andere fürchten, dass die Patientenversorgung leiden könnte. Konkret geht es dabei um zu frühe Spitalentlassungen mit einer Verschiebung von Aufgaben und Risiken vom stationären in den ambulanten Sektor. Manche Hausärztinnen und -ärzte befürchten, dadurch künftig vermehrt mit Haftungsfragen konfrontiert zu werden.**

Die Problematik wird an einem fiktiven, aber denkbaren Fall verdeutlicht: Ein 72-jähriger, rüstiger Patient leidet an einer chronischen venösen Insuffizienz mit akut infiziertem Ulcus cruris. Wegen dadurch bedingtem Fieber wird er hospitalisiert, antibiotisch behandelt, antikoaguliert und nach vier Tagen fieberfrei entlassen. Eine Rücksprache mit dem Hausarzt vor Austritt erfolgt nicht. Im Kurzaustrittsbericht wird über die beginnende Sepsis bei Ulcus und die notwendige Fortführung der antibiotischen Behandlung informiert. Die im Spital verabreichten Heparin-Injektionen werden nicht empfohlen. Zwei Tage nach Austritt wird der Patient notfallmässig mit Lungenembolien bds. hospitalisiert. Bei Entlassung nach einer Woche wird Heparin s.c. und ein orales Antikoagulans empfohlen.

Hier stellen sich folgende Fragen: Wurde der Patient zu früh entlassen? Wurden vom Spital alle relevanten Medikamente empfohlen? Hätte der Hausarzt Heparin verordnen sollen? Spielt die Einführung von SwissDRG dabei eine Rolle?

## Rehospitalisation innert 18 Tagen bleibt ein Fall

Wir wissen, dass die Aufenthaltsdauer in den Spitälern in der Schweiz noch vor Einführung von SwissDRG bereits konstant gesunken ist, in der Zeit von 1998 bis 2008 um 2,7 Tage.<sup>1</sup> Erfolgt unter SwissDRG eine Wiederaufnahme innerhalb von 18 Tagen in dasselbe Spital und fallen beide Fälle in dieselbe MDC (Major Diagnostic Category), so werden beide Fälle zu einem Fall zusammengeführt. Eine hohe Rehospitalisationsrate ist für das Spital doppelt schädlich: finanziell wie auch für sein Image.<sup>2</sup> Anhand der in Deutschland publizierten WAMP-Studie lässt sich eine Zunahme vorzeitiger Entlassungen nicht eindeutig belegen [1].

## Grosse Bedeutung der regionalen Behandlungskultur

Viele Spitäler in der Schweiz arbeiten schon seit Jahren mit DRG. Wichtig ist zu erkennen, dass die medizinische und gesellschaftliche Kultur einen grossen Einfluss darauf hat, wie im Spital, aber auch in der Arztpraxis, behandelt wird. Wir haben in der Schweiz er-

hebliche Behandlungsunterschiede zwischen den Regionen, die wir zum grossen Teil nicht über die Tarife erklären können.

## Kanton wird zum Einkäufer

Eine zentrale Änderung besteht mit der Einführung von SwissDRG darin, dass die Kostenaufteilung zwischen Kanton und Versicherer ab 2012 fix ist. Damit wird der Kanton vom Spitalbetreiber zum Leistungseinkäufer. Ein DRG-Moratorium würde an diesem Wechsel nichts ändern. Es wird sorgfältig zu beobachten sein, ob sich dadurch Veränderungen auf die in den Spitälern praktizierte Behandlungskultur ergeben.

Das Beispiel zeigt deutlich die Notwendigkeit von Begleitmassnahmen. Die FMH wird sich deshalb u.a. der Frage annehmen, wie sich die Zusammenarbeit mit Hausärzten und Ärztenetzwerken unter SwissDRG entwickelt [2]. Ob sich das BAG im Rahmen seiner Begleitforschungsprojekte beispielsweise der Kostenverschiebungen stationär (ambulant/Reha) widmen wird, ist noch offen [3].

## Rechtliche Massstäbe bleiben gleich

Die rechtlichen Sorgfaltsmassstäbe für die Arzt- und Spitalhaftungsfälle bleiben auch bei Einführung der SwissDRG dieselben. Zunehmend an Bedeutung gewinnen dürfte unseres Erachtens das Austrittsmanagement. Gerade der geschilderte Fall zeigt auf, was ein ungenügendes Austrittsmanagement für Folgen haben kann. Es ist wichtig, dass sich das Spital genügend Zeit dafür einräumt, nicht nur aus Gründen der Patientensicherheit. Es ermöglicht damit auch eine optimale Übergabe an den Hausarzt oder die Pflege, verhilft zu einem guten Image und kann sich bei einem Haftpflichtprozess entscheidend auf die Beweislage auswirken.

Und im Hinblick auf die Beweisführung im Streitfall wird wie immer die Dokumentation sowohl in der Spital- wie in der PraxisKG entscheidend sein.<sup>3</sup>

Fazit: «Bloody exits» unter SwissDRG – eine Befürchtung, die sich anhand bisher publizierter Daten aus Deutschland nicht eindeutig belegen lässt. Klar voraussehbar ist hingegen, dass eine sorgfältige Dokumentation und ein gutes Netzwerk der Gesundheitsfachleute noch mehr an Bedeutung gewinnt.

## Literatur

- 1 Braun B, et al. Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern: Hans Huber; 2010.
- 2 Meyer B, FMH Tarifiedienst und Bereich SwissDRG. Begleitende Untersuchung aus Anlass der Einführung von SwissDRG: Entwicklung der Rahmenbedingungen für die Spitalärzte und der Arzt-Patienten-Beziehung. Ausschreibung vom 18. August 2010.
- 3 Pellegrini S, Widmer T, Weaver F, Fritschi T, Bennett J. KVG-Revision Spitalfinanzierung: Machbarkeits- und Konzeptstudie zur Evaluation. Schlussbericht, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG); 2010.

Korrespondenz:  
FMH-Rechtsdienst  
Postfach 170  
3000 Bern  
lex@fmh.ch

<sup>1</sup> Bundesamt für Statistik, Medizinische Statistik der Krankenhäuser, Stand: November 2009.

<sup>2</sup> Die Rehospitalisationsrate ist ein Qualitätsindikator, vgl. NZZ 17. Januar 2008, Patienten sollen wissen, wo gut operiert wird, Bericht über Qualitätsmässstäbe von H+.

<sup>3</sup> Eine solche ergibt sich aus der Rechenschaftspflicht des Beauftragten (Art. 394 ff. OR), der Standesordnung der FMH sowie aus den kantonalen Haftungsgesetzen.