

Pierre Loeb, Alexander Kiss, Esther Hindermann, Alexander Minzer

Gefährdet die Einführung der DRG die ganzheitliche Behandlung von psychosomatischen Patienten?

Ein Gespräch mit Prof. Alexander Kiss, Leiter der Psychosomatischen Abteilung des Universitätsspitals Basel, Frau Dr. Esther Hindermann, Leiterin der psychosomatischen Abteilung der Klinik Barmelweid, und Dr. Alexander Minzer, Hausarzt in Rothrist und designierter Präsident der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP.

PrimaryCare: *Wie beurteilen Sie in Ihrer Funktion die Schaffung der neuen DRG? Werden diese Ihre aktuelle Arbeit oder deren Honorierung in irgendeiner Weise beeinflussen?*

Esther Hindermann: Die Einführung von DRG wird die stationäre Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen mit Sicherheit beeinflussen, vor allem durch vermehrten Druck auf die Dauer der stationären Behandlungen und eine angestrebte Verschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich.

Alexander Kiss: Die Einführung von DRG beeinflusst nicht nur den ambulanten, sondern auch den stationären Bereich im Spital. Wir müssen jetzt anders denken – mehr wirtschaftlich und weniger psychotherapeutisch. Als Leiter der Abteilung spielt für mich der Kostendeckungsgrad eine gewichtige Rolle: «Kann ich mir das leisten?» Für mich und meine Patienten kann dies ein Verlust von Freiheit bedeuten. Offen ist auch, wer die Weiterbildung bezahlen wird.

Es ist noch unklar, wie sich die Einführung der DRG auf den ambulanten Bereich im Spital auswirken wird: Es besteht die Gefahr, dass nicht kostendeckende, ambulante Angebote, z.B. Schmerzgruppen für ausländische Patienten, nicht weitergeführt werden. Die Hausärzte werden das nicht machen – weil sie gar keine Zeit haben und es sich finanziell nicht lohnt.

Alexander Minzer: Aus der Sicht des psychosomatisch ausgerichteten Hausarztes, der im ambulanten Bereich tätig ist, lässt sich diese Frage nicht ganz so einfach beantworten. Eines ist jedoch klar, wie erste Analysen aus Deutschland, wo DRG schon seit längerem etabliert ist, zeigen, DRG wird eine ernsthafte Bedrohung für die Qualität des schweizerischen Gesundheitswesens. Die Versorgung wird schlechter und das Gesundheitswesen wird noch teurer, als es schon ist.

Gerade aus der Sicht der Psychosomatik und der Hausarztmedizin sind wir es gewohnt, mit mehreren Arbeitshypothesen zu arbeiten. DRG zielt jedoch auf eine klare Diagnosestellung ab und auf eine damit verbundene Kostenabgeltung. Dieses Abgeltungsmodell ist bei polymorbiden Patientinnen und Patienten, die das Hauptklientel in einer (auch psychosomatisch ausgerichteten) Hausarztpraxis stellen, schlichtweg nicht umsetzbar. Einerseits ist eine Zuordnung der Symptome zu den entsprechenden Diagnosen, wie das für einen stationären Spitalaufenthalt gefordert wird, nicht immer einfach und klar oder teilweise geradezu unmöglich. Andererseits wird gerade die Hausarztmedizin oder der oder die ambulant tätige Psychosomatiker/-in mit aus wirtschaftlichen Gründen zu früh aus dem Spital entlassenen Patienten überhäuft und wird die einzige Anlaufstelle für diese unzureichend versorgten Patientinnen und Patienten darstellen. Ob dies mit den schwindenden Ressour-

cen der Hausarztmedizin abgedeckt werden kann, halte ich für völlig unmöglich. Zudem wird die ambulante Medizin massiv verteuert.

Der bzw. die ambulant tätige Psychosomatiker/-in wird mit zunehmend grösseren Mengen von aus wirtschaftlichen Gründen im Spital ungenügend abgeklärten und untertherapierten Patienten konfrontiert. Wie hierbei eine angepasste Medizin noch möglich sein wird, sei dahingestellt.

Der absolut untaugliche Versuch von gewinnorientierten Ökonomen, die Medizin von der Diagnose ausgehend abzugelten, ist unpraktikabel, unethisch und sicherlich nicht kostendämmend. Der Mensch ist nach wie vor keine Ware, wie ein Auto, ein Fernseher oder ein Kilo Brot.

Wie denken Sie wird sich die Schaffung der DRG auf die Behandlung von Patienten mit psychosomatischen Krankheiten mittel- und langfristig auswirken?

Esther Hindermann: Per 2012 werden auch für die stationäre psychosomatische Versorgung Behandlungspauschalen eingeführt. Allerdings ist bisher noch nicht geklärt, über welches System (akut / Rehabilitation / allenfalls Psychiatrie) die psychosomatischen personalintensiven Behandlungen an Kliniken für Innere Medizin abgegolten werden. Derzeit sind die mittel- und langfristigen Auswirkungen noch nicht genau abzusehen.

Alexander Kiss: Eigentlich weiss noch niemand, was die Einführung der DRG ab 2012 genau bringt. Es ist zu befürchten, dass mit der Einführung der Fallpauschalen auf alles, was zusätzlich Kosten macht, z.B. ein psychosomatisches Konzil bei einem stationären Patienten, eher verzichtet werden wird.

Alexander Minzer: Aus der Sicht der ambulanten Medizin wird für die Betreuung der Patienten mit psychosomatischen Krankheiten eine massive Unterversorgung durch die in diesem Bereich tätigen Kolleginnen und Kollegen zu erwarten sein. Eine ganzheitliche Versorgung, wie sie zur Zeit noch in der psychosomatisch ausgerichteten Klinik praktiziert wird, wird mit DRG nicht mehr realisierbar sein – da Sie finanziell gesehen nicht rentabel ist. Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzleiden werden nicht mehr umfassend und entsprechend der Intensität ihres Leidens betreut werden können. Einmal mehr sind die chronisch Kranken und Schwachen der Gesellschaft die Leidtragenden.

Die Patienten werden jetzt neu zur «Diagnose», beziehungsweise zur Einnahmequelle.

«Somatoforme Schmerzstörung», «Colon irritabile» oder das «psychogene Asthma» sind komplex und aufwendig in Diagnostik und Therapie und werden kaum Gewinne für das Spital abwerfen und so werden sie von den Spitalökonomen über kurz oder lang nicht mehr als Hospitalisationsgrund zugelassen. Damit die Spitäler überleben – und am besten noch Gewinn abwerfen – wird sich eine «Rosinenpickerei» v.a. der im operativen Segment tätigen Privatspitäler abzeichnen.

Chronische Krankheiten aus dem Bereiche der Psychosomatik werden somit aus Kosten- und Rentabilitätsgründen gar nicht mehr stationär behandelbar.

Haben Sie bei der Entwicklung der DRG in irgendeiner Form Ihre Bedürfnisse anmelden können und wurde darauf eingegangen?

Alexander Minzer: Die ambulant in der (psychosomatischen) Grundversorgung tätigen Kolleginnen und Kollegen konnten weder ihre Bedürfnisse noch ihre Bedenken anmelden.

Esther Hindermann: Nein. Der im DRG-System kostenrelevante Behandlungs- und Prozedurenkatalog «CHOP» wird dominiert durch invasive und chirurgische Positionen. Der Bereich der Inneren Medizin ist bereits deutlich weniger differenziert. Die in der stationären Psychosomatik zentralen Behandlungen, wie Psycho-

therapie, verschiedene Angebote von Physio- und Ergotherapie oder Pflege, haben, abgesehen von Ernährungstherapie, kein Kostengewicht und haben zumindest aktuell keinen Einfluss auf die Berechnung der Behandlungspauschalen.

Alexander Kiss: Gemeinsam mit der SAPPM habe ich versucht, eine Position für *die multimodale Komplexbehandlung im Liasionsdienst bei stationären Patienten* zu erwirken. In der finalen Version des BFS ist diese Position zu finden. Damit hoffen wir für Konsilien im Liasionsdienst etwas ausgehandelt zu haben – ob alle Hürden genommen wurden, weiss ich noch nicht.

Die Zürcher Psychiater (ZGPP) fordern in einem Positionspapier ein DRG-Moratorium. Würden Sie dem SAPPM-Vorstand eine Mitunterzeichnung dieses Moratoriums auch empfehlen – wenn ja, aus welchen Gründen?

Esther Hindermann: Jein ... Die insbesondere gesundheitspolitische Entwicklung ist bereits sehr weit fortgeschritten, sodass es kaum möglich sein wird, den Prozess zu stoppen. Die psychosomatisch tätigen Institutionen sollten versuchen, sich gesundheitspolitisch, sicher auch in Absprache mit der Fachgesellschaft der Psychiater, vermehrt einzubringen und den Nutzen einer psychosomatisch integrierten Behandlung vermehrt aufzuzeigen. Ganz besonders wichtig ist es, im bisherigen System Daten als Grundlage zu erheben.

Alexander Minzer: Ich empfehle dem SAPPM-Vorstand und allen (ambulant tätigen) Ärztinnen und Ärzten die Unterzeichnung des Moratoriums. DRG ist unethisch, unpraktikabel und wird sehr, sehr teuer.

Alexander Kiss: Der Zug ist abgefahren – jetzt ist es zu spät. DRG für stationäre Patienten ist ein erster Schritt. Wir werden aufpassen müssen, wenn ein DRG-ähnliches Konzept für die ambulante Medizin kommt.

Interview: Pierre Loeb

Korrespondenz:
Dr. med. Pierre Loeb
Präsident SAPPM
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Winkelriedplatz 4
4008 Basel
loeb@hin.ch

Kommentar

Wir erinnern uns, wie uns bei Einführung des TARMED eine bessere Honorierung der intellektuellen ärztlichen Arbeit (gegenüber der technischen Leistungen) versprochen wurde. Das Gegenteil davon ist eingetreten. Also kein Wunder, dass wir skeptisch und argwöhnisch den nächsten Veränderungen entgegensehen.

Dennoch: DRG ist beschlossen, ein Moratorium scheint jetzt nichts mehr zu bringen. Aber wir müssen uns wappnen: Rechtzeitig, wenn ein neues System wie die DRG für die ambulante Medizin geplant wird, und jetzt noch in letzter Minute, bevor DRG eingeführt wird.

Wir müssen selbst Daten sammeln. Denn es ist nicht schwer voraussehen, dass nach Einführung der DRG Patienten früher als jetzt aus der stationären Behandlung entlassen werden und Gesundheitskosten so vom stationären in den ambulanten Bereich verschoben werden. Damit uns niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten dies nicht als «Mengenausweitung» ausgelegt und zum Anlass genommen wird, unseren Tarif weiter zu senken, müssen wir Daten vor und nach Einführung der DRG haben, die aufzeigen, durch wen eine Konsultation bei uns veranlasst wurde.

Diese Daten werden mit einem einfachen Code erhoben (vgl. Website der RFE, www.reasonforencounter.ch.) Die Kodierung kostet uns maximal zwei Sekunden!

Pierre Loeb