

DRG – Das Ende der «Heilkunst»?

oder

Warum «ARS MEDICI» in Zukunft «Medical business» heissen könnte

Gerhard Rogler

SwissDRG scheint beschlossene Sache, und man kann sich nur wundern, dass kaum einer der verantwortlichen Politiker und kaum einer der Standespolitiker sich mehr die Mühe macht, den Entscheid zu überdenken. Dabei gäbe es genügend Gründe und Erfahrungen für ein Moratorium. Vorteile für Patienten oder Ärzte sind nämlich blosser Hoffnung. Durch nichts belegt, vielmehr durch manche Erfahrung widerlegt. Die Einführung der SwissDRG bedeutet einen Sieg des Business über die ärztlichen Aufgaben und die Interessen der Patienten!

Hat als Heilkunst verstandene Medizin einen Platz in den SwissDRG?

Dass sich «ARS MEDICI» des Themas DRG annimmt, ist nur recht und billig, steht doch die «Heilkunst» im Titel dieses Journals - und Medizin als Heilkunst wird durch diese grundlegende Reform des Schweizer Gesundheitswesens direkt infrage gestellt. Doch nicht nur das: Patienteninteressen treten in den Hintergrund. Vorhandene Probleme werden unterschätzt, verschleiert oder kleingeredet. Versprechungen werden nicht eingehalten. Die Ärzteschaft muss für die Möglichkeit, wenigstens mit einer Stimme an den neuen Regelwerken im Rahmen der SwissDRG AG mitzuarbeiten, auch noch bezahlen. Die FMH wertet ihre bisherigen Aktivitäten als Erfolg. Doch wo ist ein Erfolg zu suchen, wenn das von der FMH eingeforderte Konzept für Begleitforschung abgelehnt wird und kein suffizienter Ersatz in Sicht ist? Muss die Ärzteschaft die Begleitforschung nun auch noch selbst bezahlen? Das scheint die FMH zumindest partiell übernehmen zu wollen. Warum sollte die Medizin einer DRG-vermittelten «Qualitätskontrolle» unterzogen werden, wenn die «Instrumente der Qualitätskontrolle» (nämlich die DRG) selbst keiner Evaluation und Qualitätskontrolle

(durch Begleitforschung) unterliegen? Wie kann man die Einführung von Massstäben verlangen, wenn man nicht selbst bereit ist, sich diesen Massstäben zu unterwerfen? Eine vernünftige Qualitätskontrolle kann nur erfolgen, wenn mit denselben Instrumenten (die aber noch nicht entwickelt sind) der «Vorher-Zustand» mit dem «Nachher-Zustand» verglichen werden kann. Schliesslich lässt das BAG auch keine Medikamente ohne klinische Prüfung zu. Mit dem Argument: «Die Einführung ist beschlossen, und die Wirkung wird bestimmt positiv sein» könnte man doch in der Tat nur ein müdes Lächeln gewinnen, wenn es um die Zulassung eines Medikaments geht. Ohne den Nachweis einer Wirkung, ohne gute, kontrollierte Studien mit geeigneten Untersuchungsinstrumenten möchte man im Gesundheitswesen zumindest kein Geld für Therapeutika oder Diagnostika ausgeben. Wohl aber für die Einführung von DRG. Die therapeutische Wirkung der DRG in Deutschland ist – um es vorsichtig auszudrücken – umstritten. Ein wirklicher Wirknachweis ist bisher nicht gelungen. Eine Vielzahl von Argumenten gegen eine Einführung der DRG zum 1. Januar 2012 existiert, wird aber von den Verantwortlichen ignoriert oder überhört. Je mehr ärztliche Kolleginnen und Kollegen allerdings diese Argumente aufnehmen und sich «einbringen» und «einmischen», umso eher werden sie gehört. Fatalismus ist die schlechteste aller Möglichkeiten. Es wird für uns Ärzte wichtig sein, uns nicht in fachspezifische Interessengruppen aufteilen zu lassen. Das würde genau dem politischen Kalkül entsprechen: Wenn sich Chirurgen ob der möglichen besseren Standardisierbarkeit von klinischen Abläufen eine bessere Position versprechen, wenn Psychiater das Gefühl haben, ihr Fach sei ausgenommen und sie bräuchten sich nicht zu kümmern, wenn Hausärzte und Allgemeinmediziner denken, dass es ja zu-

nächst nur die Kliniken betrifft, dann werden am Ende der Berufsstand der Ärzte und die Medizin insgesamt beschädigt sein. Und weit wichtiger: Dann sind wir unserem Auftrag gegenüber unseren Patienten, der untrennbar mit unserem Berufsethos verbunden ist, nicht gerecht geworden. Dann haben wir die Medizin als Heilkunst verloren, in der wir vor allem den Patienten gegenüber verantwortlich sind und eine Medizin bekommen, in der es vor allem um anonyme Fälle und Fallzahlen, ums Geschäft und um Bilanzen geht.

Wie soll in Zukunft der Nachwuchs ausgebildet werden?

Die Situation rund um die ärztliche Aus- und Weiterbildung unter DRG-Bedingungen ist völlig ungelöst. Sie wird zu einer Wettbewerbsverzerrung für die auszubildenden Spitäler führen, da die Kosten, die durch Ausbildung von Assistenzärzten entstehen, nicht im DRG-System abbildbar sind. Ausbildung kostet Zeit und Geld. Diese Sorge um die Nachwuchsausbildung wird auch vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) geteilt.

Dass die Ausbildung junger Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Interesse sein muss, ist offensichtlich. Ein Gesundheitssystem, das seine Ärzte im Ausland ausbilden lässt, profitiert nur kurzfristig. Langfristig wird sich daraus ein Fachärztemangel ergeben. Privatspitäler aber beschäftigen bereits nahezu ausschliesslich Fachärzte. Sie gehen keine Ausbildungsverpflichtung ein. Privatspitäler investieren hier nicht. Nun wird argumentiert, dass ein Teil der durch Ausbildung von Assistenzärzten entstehenden Mehrkosten durch eine höhere Base-Rate der grossen Spitäler und Unispitäler ausgeglichen werden sollte. Das wird aber unmöglich sein. Die Base-Rate wird mit den Versicherungen oder deren Vertretern verhandelt. Diese haben selbstverständlich

nicht das allgemeine oder öffentliche, sondern ganz spezifisch ihr Unternehmensinteresse im Fokus.

Die Folgen einer mangelnden Berücksichtigung von Ausbildungskosten im DRG-System werden natürlich insbesondere Probleme für die öffentlichen Spitäler und die Unispitäler (mit ihrer besonders hohen Ausbildungsbelastung) aufwerfen. Privatspitäler werden profitieren. Die Ausbildung wird sich verschlechtern – oder die Kosten werden umgelagert. Beides ist nicht wünschenswert. Die Umlagerung der Kosten wird die gewünschte und postulierte Transparenz nicht verbessern.

Wie kann Begleitforschung funktionieren?

Als wesentlicher Vorteil der SwissDRG wird immer wieder die Begleitforschung genannt. Die Schweiz werde als Korrektiv eine Begleitforschung einsetzen, die negative Auswirkungen der DRG aufdecken könne. Deutschland habe dies versäumt. Das ist in dieser Form doppelt falsch. In Deutschland wurde etwas durchgeführt, das Begleitforschung (G-DRG Begleitforschung nach § 17b Abs. 8 KHG) genannt wurde. Inzwischen liegt hier auch ein Abschlussbericht für die Jahre 2004 bis 2006 vor. In der Tat war ein langsamerer Anstieg der bereinigten Krankenhaus-Gesamtkosten zwischen 2003 und 2006 (1,4%) im Vergleich zu 1991 bis 2003 (3,7%) zu verzeichnen. Allerdings war der Anstieg im Bereich der vollstationären Fälle mit 2,4% (2003–2006) höher als im Vergleichszeitraum 1991 bis 2003 (2,3%). Eine vergleichsweise moderate Zunahme der Personalkosten war überwiegend auf eine Reduzierung der Kosten im Pflegedienst zurückzuführen. Zudem haben Investitionen in den Ausbau informationstechnologischer Infrastruktur zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Verwaltungskosten beigetragen.

Im Gegensatz zu diesen Zahlen berichtet das statistische Bundesamt in Deutschland, dass zwischen 2003 und 2007 die bereinigten Kosten allgemeiner Krankenhäuser um 9,1 Prozent gestiegen, also keineswegs gesunken seien.

Diese Steigerung lag somit über derjenigen im Zeitraum von 1999 bis 2003 (9% Prozent) und 1995 bis 1999 (6,6%). Die grösste Steigerung zum Vorjahr mit 4,2% weist bis jetzt das Jahr 2007 auf. Zwar ging

die Verweildauer zwischen 2003 und 2007 von 8,3 Tagen auf 7,8 Tage zurück (minus 6%). Der Rückgang war jedoch sowohl zwischen 1999 und 2003 mit 16,2% als auch von 1995 bis 1999 mit 13,2 % deutlich stärker ausgeprägt.

Die widersprüchlichen Zahlen sind vor allem dadurch bedingt, dass wirklich verlässliche Ausgangswerte oder Basiswerte vor Einführung der DRG fehlen. Dieselbe Situation zeichnet sich nun in der Schweiz ab. Selbst wenn nun die nicht existierende Begleitforschung innert der nächsten drei Monate etabliert würde, fehlen die Daten für einen Vergleich zwangsläufig. Hierfür müsste es sinnvollerweise einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren vor Einführung der DRG geben. Eine sinnvolle Begleitforschung wird also in der Schweiz ebenso wenig möglich sein wie in Deutschland. Damit löst sich eines der Hauptargumente für einen «besseren» Schweizer Weg im Vergleich zu Deutschland in Rauch auf.

Wie werden sich DRG auf den Umgang mit Patienten auswirken?

Wollte man auf diese Frage eine eindeutige Antwort geben, müsste man ähnlich prophetisch begabt sein wie die Befürworter der DRG. Letztlich wissen wir es nicht. Aber auch hier lohnt sich vielleicht ein Blick in ein Land mit «real existierenden DRG».

Gegenüber 2003 ist nach einer Untersuchung des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung (WZB) die «berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen» weiter fortgeschritten. Die DRG befördern aufgrund der fallbezogenen Abrechnung von Erlösen eine «Orientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Chefärzten am Berufsbild des Managers». Nun wird das von Ökonomen möglicherweise als wünschenswert erachtet – aber sicherlich nur solange sie nicht selbst als Patient mit einer ersten Krankheit einen Arzt aufsuchen müssen.

Hingegen hat bei Assistenzärzten die Wahrnehmung von Konflikten zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsimperativen stark zugenommen. Konflikte entstehen vor allem zwischen den Ansprüchen und Wünschen der nach ökonomischen Gesichtspunkten handelnden Spitalleitung und den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten. Man kann vielfach nicht gleichzeitig Anwalt der Patienten

sowie loyaler Spitalmitarbeiter sein und muss sich schliesslich für oder gegen den ärztlichen Ethos, für oder gegen das Spitalwohl entscheiden. Gelöst wird dieser Konflikt – so die Untersuchungen des WZB, die im besten Sinne des Wortes «Begleitforschung sind» – vermehrt über Versorgungsentscheidungen, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen anhand von Kosten oder Erlös-Erwägungen relativieren. Dies führt schliesslich dazu, dass individuell berufsethische Normen relativiert werden. Von Teilen der Ärzteschaft werden sie bereits ganz abgelehnt. Dabei besteht nach WBZ eine Tendenz, dass sich das berufliche Selbstverständnis von traditionell handwerklich orientierten Disziplinen widerspruchsfreier an DRG-Bedingungen adaptieren lässt als das konservativer Disziplinen wie zum Beispiel der Inneren Medizin. Im Jahr 2004 gaben in Deutschland nach einer Untersuchung des WBZ bereits 32 Prozent der Ärztinnen und Ärzte «einen starken Einfluss der Krankenkassen auf die Behandlungsentscheidungen in ihrer Abteilung oder Station» an. Den Einfluss der Verwaltung schätzten 25 Prozent von ihnen als «stark» ein.

Wie werden sich DRG auf die Pflege und die Verwaltung auswirken?

Eine Erhöhung der Verwaltungsausgaben an den Spitalern entsteht im DRG-System nicht nur durch die Einführung von Kodierern und entsprechenden IT-Spezialisten. Der Ausbau der Verwaltung, der auf Kosten der Pflegestellen geht (s.o.), muss notwendigerweise auch aus folgenden Gründen vorgenommen werden: Kodierer sowie Ärztinnen und Ärzte, die sich das gewünschte und geforderte ökonomische Denken aus Loyalität gegenüber ihrem Spitalrat oder Verwaltungschef aneignen werden und die dazu tendieren, hoch einzugruppiert. Das kann zu sogenanntem «Upcoding» führen. Upcoding bezeichnet einen Case-Mix-Index-(CMI-)Anstieg, der nicht in einer durchschnittlichen Schweregraderhöhung, sondern in einem geänderten Kodierverhalten begründet ist.

Nun wird man von einem ökonomisch denkenden Autverkäufer nicht ernsthaft erwarten, dass er zum Wohle des Kunden eine Gewinnminimierung betreibt. Jeder Verkäufer sucht nach Möglichkeiten der

Gewinnsteigerung. Von 2004 bis einschliesslich 2009 wurden die durch Upcoding ausbezahlten Vergütungen in Deutschland auf zirka 1,9 bis 3,24 Milliarden Euro geschätzt. Die Kosten durch eindeutig regelwidrige Kodierungen beliefen sich vermutlich auf etwa 288 Millionen bis 1 Milliarde Euro. Zur Vermeidung von Upcoding wurden vom Gesetzgeber sogenannte «Einzelfallprüfungen» vorgesehen. Von der Prüfung von Einzelfällen wurde diese Kontrolle nun auf ein flächendeckendes Verfahren ohne vorgängigen Verdacht ausgeweitet. Der Anteil an Einzelfallprüfungen an den vollstationären Fällen in Deutschland lag 2007 bei 11 % (also rund 2 Millionen Fällen). Auf die Schweiz übertragen würde dies pro Jahr etwa 200 000 Prüfungen bedeuten. Aufseiten der Spitäler wird hierfür erfahrungsgemäss ein Aufwand von etwa einer Stunde zur Vor- und Nachbereitung veranschlagt. Das bedeutet für die Spitäler 2 000 000 zusätzliche Arbeitsstunden pro Jahr, die natürlich am ehesten in der Pflege eingespart werden.

DRG – das Ende der Heilkunst?

Der Arzt und die Ärztin wurden über Jahrhunderte als Ausübende einer Heilkunst betrachtet. In der Medizin mussten Wissenschaft, Erfahrung und persönliches Vermögen zu einem Kunsthandwerk verwoben werden.

Damit ist es unter DRG-Bedingungen vorbei. Der Chefarzt versteht sich als Manager, der Assistent als Dienstleister (s.o.). Über beide wird Gewinnmaximierung am Patienten betrieben – sowohl von den Spitalern als auch von den Versicherungen. Wie erwähnt erscheint dies manchem Politiker und Gesundheitsmanager (häufig Ökonomen oder Juristen) so lange wünschenswert, als sie selbst nicht in die Situation kommen, als Kranke und Hilfsbedürftige in die Hände von dienstleistenden Gewinnmaximierern zu fallen. Dann wünschen sie sich vielleicht einen Arzt, der vor allem das Handwerk versteht und die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt stellt.

Eine Änderung des Ethos von Ärztinnen und Ärzten wird erzwungen. Und an-

schliessend stellt man erstaunt fest, dass sich das möglicherweise auf die eigene Gesundheitsversorgung auswirken wird. Dann werden auch keine Zusatzversicherungen und besonderen Privatleistungen mehr helfen.

Angesichts all der offenen Fragen zur Ausbildungsvergütung, Begleitforschung, Sicherstellung der Pflegequalität, Wettbewerbsverschiebung, Benachteiligung von Fächern wie der Pädiatrie (der Kanton Zürich denkt bereits über Gesetze zur Absicherung des Kinderspitals nach!) gibt es nur eine einzige vernünftige Lösung: ein Moratorium der Umsetzung, bis bessere Konzepte vorhanden sind. Ansonsten ist der Schaden für das Schweizer Gesundheitssystem vorhersehbar und gewaltig. ■

Prof. Dr. med. Dr. phil Gerhard Rogler
Leitender Arzt
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100, 8091 Zürich
E-Mail: gerhard.rogler@usz.ch

DRG-Moratorium gefordert

Einführung der Fallkostenpauschale 2012

Die Erfahrungen in Ländern und Kantonen, welche die diagnosebezogenen Fallkostenpauschalen (Diagnosis Related Groups DRG) bereits eingeführt haben, zeigen: mit den DRG können die erhofften gesundheitspolitischen Ziele, nämlich Transparenz, Vergleichbarkeit und Kosteneinsparung, nicht erreicht werden. Trotzdem will die Schweiz nun ein nationales DRG-System einführen, das an Radikalität alle anderen Länder übertrifft: Das DRG-System soll ausnahmslos für alle Leistungen (inkl. Anteil der Investitionen) der stationären Akutversorgung gelten. Dies bedeutet eine wesentliche Verschärfung gegenüber den in einigen Kantonen angewandten DRG-Systemen. Die auf kurzfristige ökonomische Kenndaten ausgerichtete «Logik» der DRG führt am Ziel vorbei und wird sehr rasch zu irreversiblen Kollateralschäden in der Gesundheitsversorgung führen.

Es braucht ein DRG-Moratorium, bis folgende Fragen und Probleme geklärt sind:

- Die **Versorgungssicherheit** aller Patientinnen und Patienten muss gewährleistet sein.
 - Der **Datenschutz** darf nicht angetastet werden.
 - Die **Aus- und Weiterbildung** von Ärztinnen und Ärzten sowie des gesamten Gesundheitspersonals muss sichergestellt und finanziert sein.
 - Die **Arbeitsbedingungen des gesamten Gesundheitspersonals** und damit die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen dürfen nicht verschlechtert werden. Die verschiedenen Spitaltypen und die regionalen Lohn- und Kostenstrukturen müssen gebührend berücksichtigt werden.
- In der Pflege ist der Effizienzdruck besonders gross (in Deutschland wurden seit der DRG-Einführung 30 000 Vollzeitstellen gestrichen).

- Die **Auswirkungen** auf die **vor- und nachgelagerten Bereiche** (z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegeinstitutionen, Spitex, Rehabilitation, insbesondere Neurorehabilitation) müssen bekannt sein. Es darf keine unkontrollierte Verschiebung der Gesundheitskosten in den ambulanten Bereich mit entsprechender Prämienerrhöhung stattfinden.
- Schwierig standardisierbare Bereiche wie die **Pädiatrie**, seltene Krankheiten und die Behandlung von polymorbiden Patienten müssen vom DRG-System ausgenommen und sinnvoll geregelt werden.
- Es muss klar sein, wie die immer wichtiger werdenden **psychosozialen Aspekte** angemessen berücksichtigt werden können.
- Die Kosten, welche die gesamtschweizerische Einführung der DRG verursachen, wie Investitionen in den **steigenden Verwaltungsapparat** und wiederkehrende Betriebskosten für Kodierung, Kontrollen und Korrekturen, müssen transparent geregelt sein und dürfen **nicht zulasten der direkten Patientenversorgung gehen**.
- Die herrschenden vielen Unklarheiten und Unsicherheiten bezüglich Einbezug der **Investitionskosten** müssen beseitigt sowie frühzeitig und realistisch geklärt werden.
- Für die definitive Preissetzung (Baserate) müssen die Kriterien klar und transparent festgelegt sein.
- Alle **Leistungserbringer** – auch Versorger im ambulanten Bereich – müssen in die Umsetzungsarbeiten einbezogen werden.
- Die **Begleitforschung** muss ein bis zwei Jahre vor Einführung der flächendeckenden Anwendung der DRG in der Schweiz einsetzen.

Deshalb rufen die Erstunterzeichnenden, darunter Prof. Gerhard Rogler, zum DRG-Moratorium (Einführung der Fallkosten 2012) auf!

Unterschriften via Link an: www.drg-moratorium.ch
Weitere Informationen, Studien und die Liste der Erstunterzeichner: www.drg-moratorium.ch