

Während unsere ärztliche Alltagsarbeit zunehmend durch alle möglichen Guidelines bestimmt wird, die uns Untersuchungsgang und Therapie vorschreiben, stossen wir immer wieder an die Grenzen unserer technischen Medizin. Richtiges ärztliches Handeln dürfen wir uns nicht von

aussen vorschreiben lassen, unsere ärztliche Ethik muss erhalten bleiben. Dazu möchte die Rubrik DoXEthik beitragen. Sie wird betreut von Dr. Bernhard Rom, der als Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Universität Zürich tätig ist.

DRG oder das richtige Gesundheitswesen

Die Befürworter der DRG erhoffen sich mehr Effizienz und mehr Qualität in den Spitälern. Gegner argumentieren, das DRG-System sei unethisch und unmoralisch. Sicher ist, dass mit einer solchen Veränderung im Gesundheitswesen das Berufsbild des Arztes nachhaltig beeinflusst wird.

Bernhard Rom



Bernhard Rom

Ab 2012 sollen in Schweizer Spitälern nicht mehr die erbrachten Leistungen vergütet werden, sondern eine Pauschale aufgrund der Diagnose. Es werden also Fallpauschalen eingeführt, diagnosis related groups, kurz DRG. So wird dann

etwa die Behandlung eines an Blinddarmentzündung Erkrankten mit einem bestimmten Betrag abgegolten, die tatsächliche Aufwendung für die Behandlung ist dabei irrelevant.

Von dieser Änderung verspricht sich der Gesetzgeber eine höhere Kostentransparenz sowie eine Standardisierung der Versorgungsqualität in Spitälern. Er hofft, damit deren Leistungen – auch über die Kantons Grenzen hinweg – vergleichen zu können. Der Wettbewerb zwischen den Spitälern soll gesteigert werden, wenn Patientinnen und Patienten ihr Spital künftig selbst wählen und Spitäler wirtschaftlich eigenständiger werden. Mehr Wettbewerb, so die Hoffnung, zieht eine höhere Effizienz und eine bessere Qualität der klinischen Versorgung nach sich.

Frage nach den Auswirkungen

Mit der Einführung der DRG werden ganz bewusst die Interessenkonstellationen zwischen Spital, behandelnden Ärzten und Patienten umgestellt: Die Leistungserbringer hätten dann einen Vorteil (und nicht wie jetzt einen Nachteil), wenn sie ihre Patienten günstiger behandeln. Doch wie wirkt sich diese Umstellung auf die Behandlungsqualität in den Spitälern aus, und welches sind die Folgen für die Gesellschaft?

Das sind eminent wichtige ethische Fragen. Nach Meinung vieler kompetenter Ethiker ist es Aufgabe der Medizinethik, «sich zu rechtzufinden im Dickicht von Theorien und Slogans, von Meinungen und Interessen des vielstimmigen Ethikdiskurses». Dieser Beitrag soll dem Leser ermöglichen, sich eine eigene Meinung zu dieser fundamentalen Änderung im schweizerischen Gesundheitswesen zu bilden.



Argumente gegen die Fallpauschale

Nach den erwähnten Argumenten, welche die Politiker bewegt haben, die Einführung der DRG gesetzlich vorzuschreiben, hier nun die wichtigsten Argumente gegen die geplante Einführung.

Paul R. Vogt, ein in Deutschland wie in der Schweiz tätiger Kardiologe, schreibt: «Das DRG-System ist zutiefst unethisch und unmoralisch. DRG nützen weder den Patienten noch den Kliniken, im Gegenteil. Sie alimentieren eine sonst schon überbordende Bürokratie, welche im DRG-System sinnlose und unbegrenzt ausufernde Tätigkeitsfelder findet und damit den Papierkrieg zum Schaden unserer Patienten ins Absurde steigern wird (1).» Vogt, der bis 2006 Chefarzt an der Uniklinik Giessen war, schildert besonders krasse Folgen der DRG: So sei ein Sterbender ohne medizinische Notwendigkeit künstlich beatmet worden, weil dies mehr Geld einbringt, als wenn man ihn ohne den Eingriff hätte sterben lassen (2).

Weitere Argumente, die gegen DRG genannt werden:

- Das DRG-Regime kann zu frühzeitigen Entlassungen aus dem Spital führen, was die Rehospitalisierungsrate erhöht (Drehtüreffekt, «blutige Entlassungen»).
- Mit DRG ist es nicht mehr im Interesse des Spitals, den Gesundheitszustand umfassend genug abzuklären.
- Weiter wird argumentiert, dass bei DRG systemimmanente Optimierungsanreize therapeutisch kontraproduktive Anreize setzen. Gemäss den Erfahrungen aus anderen Ländern sind negative Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Verteilungsgerechtigkeit von Spitalleistungen zu befürchten, ebenso Auswirkungen auf die Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patienten.
- Weiter ist zu befürchten, dass die Einarbeitung in eine Gruppe, die für das Spital lukrativer ist, den besten Interessen der Patienten zuwiderläuft.
- Die DRG-Administration kann zu einer Verlangsamung im Angebot von medizinischen Innovationen führen, wenn die Berechnungen zuerst nachgeführt werden müssen.

Auch kommt ein weiteres ethisches Prinzip in Bedrängnis: die Gerechtigkeit. Das

DRG-System schafft Anreize, «lukrative» Patientengruppen zu bevorzugen, die mit einem geringeren Aufwand als budgetiert versorgt werden können. Wenig «lukrative» Patientengruppen, deren Behandlungskosten durch die Fallpauschale nicht vollumfänglich abgegolten werden, werden dann entweder gar nicht ins Spital aufgenommen, rasch in eine andere Pflegeinstitution überwiesen oder frühzeitig nach Hause entlassen. Zu diesen Gruppen gehören chronisch Erkrankte, multimorbide und geriatrische Patienten, geistig und körperlich Behinderte sowie Sterbende. Das sind Anreize zu einer Diskriminierung, die dem Anliegen einer fairen Verteilung medizinischer Ressourcen zuwiderlaufen. Durch frühzeitige Entlassungen werden Betreuungslasten nicht zuletzt auf die häusliche Pflege verschoben, die unbezahlt und grösstenteils von Frauen geleistet wird.

Gewichtung dieser Argumente

Die genannten Argumente werden ganz unterschiedlich bewertet. Die Argumente der Befürworter kontert Christian Hess, Chefarzt am Bezirksspital Affoltern, wie folgt: «Mittlerweile ist klar, dass mit diesem System keineswegs gespart werden kann. Die Umstellung auf Fallpauschalen wird grossen Aufwand und hohe Kosten mit sich bringen. Diese dürften zwangsläufig den Patienten entzogen werden. Die erhoffte Qualitätsverbesserung ist kaum zu erwarten. Im Gegenteil. Wichtig ist darum, dass wenigstens eine Begleitforschung aufgegleist wird, mindestens zwei Jahre vor Einführung des Systems, um die Veränderungen der Fallpauschalen erfassen zu können. Grundsätzlich eignen sich einfache «gesundheitliche Probleme» für ein solches Entgeltungssystem eher. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn das System vorderhand auf eine begrenzte Diagnosen-Gruppe angewandt würde. Dazu könnten einfache Verletzungen, Meniskusoperationen, Leistenbrüche gehören (3).» Auch die Argumente der Gegner werden infrage gestellt. Simon Hölzer, Arzt und Geschäftsführer der Swiss-DRG AG, die im Auftrag des Spitalverbands H+, der Ärzteschaft (FMH), der Versicherer und der Gesundheitsdirektoren die Einfüh-

rung des neuen Systems vorbereitet, findet: Auch im heutigen System könnten Spitäler ökonomisch profitieren, wenn sie unnötige Behandlungen durchführen. Dieses Problem habe nichts mit DRG zu tun. Nach Ansicht von Hölzer gibt es aber wenig Grund, am Berufsethos von Ärzten und Pflegenden zu zweifeln: Wenn in einem Spital aus ökonomischen Gründen Patienten wiederholt unnötig behandelt würden, käme dies rasch ans Tageslicht. Das gelte auch für die von Vogt geschilderten Fälle. Überhaupt seien Vergleiche mit Deutschland nicht zulässig. Dort gebe es Missstände, weil insgesamt zu wenig Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehe. Gerade aus ethischer Sicht bringe die Abrechnung mit DRG Vorteile (4).

Problematisch ist, dass die meisten dieser Argumente Behauptungen sind, die sich nicht beweisen lassen. Dazu fehlen ganz einfach die Daten. Und so wird hüben und drüben mit unbewiesenen Behauptungen operiert. Einigkeit besteht höchstens darüber, dass verlässliche Daten fehlen, was die Einführung der DRG im Ausland bewirkt hat. Einig ist man sich auch, dass es eine umfassende Begleitforschung braucht, um zu erfahren, welche Folgen die Einführung der DRG für das Gesundheitswesen hat.

Fazit

Die Einführung der DRG ist ein weiterer Schritt, die Medizin als gewöhnlichen Wirtschaftszweig zu betrachten, mit dem Arzt als Leistungserbringer und dem Patienten als Konsument. Das hippokratische Arztbild hat damit ausgedient. Patientinnen und Patienten können nicht mehr davon ausgehen, dass die Massnahmen «in ihrem besten Interesse» ausgewählt und gestaltet werden. Sie werden in diesem System nicht mehr als Individuen mit spezifischer Krankheitsgeschichte und Besonderheiten wahrgenommen, sondern lediglich als Exemplar einer homogenisierten DRG-Gruppe, die ertragsmässig mehr oder weniger «abwirft». Ob unsere Gesellschaft ein solches Gesundheitswesen will, ist ein politischer Entscheid – aber auch ein Entscheid, der das Berufsbild des Arztes nachhaltig beeinflussen wird. ♦

Dr. med. Bernhard Rom, MAE
Lehrbeauftragter für Medizinethik
an der Universität Zürich
General-Werdmüllerstrasse 49
8804 Au
E-Mail: romau@sunrise.ch

Quellen:

1. Vogt PR: Fallpauschalen – DRG-System: Chance oder die nächste Katastrophe? Kardiologische Medizin 2007; 10: 189–191.
2. Neue Spitalfinanzierung: Ärzte schlagen Alarm, Tages-Anzeiger, 23.3.2009.
3. Die Gesundheitspolitik ist lebensgefährlich, Tages-Anzeiger, 3.4.2009.
4. Die neue Spitalfinanzierung sorgt für rote Köpfe, Neue Zürcher Zeitung, 19.2.2009.