

DRG: Nutzen und Risiken

Am 1. Juni 2008 hat das Schweizer Volk dem neuen Verfassungsartikel 117a, der vermutlich die medizinische Praxis umgewälzt hätte, eine eindeutige Absage erteilt. Derzeit ist eine umfassende Änderung im Hinblick auf die Finanzierung der Spalkosten auf dem Weg. So wurde bereits im Januar 2008 die gemeinnützige Aktiengesellschaft SwissDRG gegründet, die von mehreren Partnern – darunter auch die FMH – aus der Taufe gehoben wurde. Dabei werden – vollumfänglich ab 2012 – die Spalleistungen auf der Grundlage des «Behandlungsbildes» für die betreffende Erkrankung bezahlt. Das System basiert auf dem Gedanken, dass die Leistungen bei akuten Erkrankungen weitgehend vergleichbar sind und kodiert werden, so dass die Klassifikation durch die DRG (*Diagnosis Related Groups*) eine angemessene Grundlage für die Kostenerstattung bilden kann. Eine solche Vergütung soll den Leistungserbringern Anreize im Hinblick auf die Effizienz setzen.

Momentan ist das System für Behandlungen akuter somatischer Erkrankungen vorgesehen, und man darf nicht verkennen, dass es für andere Gebiete nicht geeignet zu sein scheint. So beispielsweise für die Palliativpflege, an der sich ein Paradigmenwechsel verdeutlicht. Denn hier ist das Ziel nicht mehr die Heilung oder das langfristige Weiterleben unter guten Lebensbedingungen, sondern die bestmögliche Begleitung von Menschen im Endstadium ihres Lebens. Nicht mehr die Art der Erkrankung ist massgeblich, sondern die Linderung und Betreuung über eine nur schwer vorauszuhende Dauer. Die Anwendung einer Standard-DRG würde zu einer beweglichen Palliativpflege führen, deren Fokus auf der Technik liegt, und das ist nicht ihr Sinn und Zweck. Ähnliche Überlegungen gelten auch für die Psychiatrie.

Eine Sorge von Ärzten und Pflegepersonal ist, dass sich infolge der DRG ein Zweckbündnis zwischen Versicherern und Spitalleitungen bildet, da letztere um so bessere finanzielle Resultate erzielen, je kürzer die Aufenthalte sind. Es entsteht die Gefahr, dass es zu den sogenannten «blutigen Entlassungen» kommt, und es ist anzunehmen, dass sich die bisher bestehenden Loyalitäten und Kooperationen verschieben werden. Jedes System löst zwangsläufig Verhaltensänderungen bei den «rationalen Akteuren», d.h. den betroffenen Parteien, aus, denn jeder versucht die Merkmale des Systems dahingehend auszunutzen, dass seine Interessen bestmöglich befriedigt werden. Dies soll keine Verurteilung sein, doch muss man sich die-

ser Tatsache bewusst sein und entsprechende *checks and balances* gegen die unerwünschten Nebenwirkungen einrichten. Einige Kantone haben bereits vollständig oder teilweise DRG-Systeme in ihren Spitälern eingeführt (z.B. vor sieben Jahren des Ente ospedaliero cantonale im Tessin) und gleichzeitig Qualitätskontrollen implementiert (Qualität der Behandlungs- und Pflegeleistungen, der Erfassung und Codierung, wobei die Codierung Spezialisten übertragen wird, die nicht dem Ärzte- und Pflegepersonal angehören). Ein Projekt des Instituts für Bio-medizinische Ethik der Universität Zürich soll die ethischen Dimensionen der Problematik untersuchen [1].

Trotz dieser Befürchtungen und einer gewissen Skepsis wird man sich angesichts der Entwicklungen, wie der zunehmenden Technisierung und immer kürzerer Spitalaufenthalten, neuer Abrechnungsmethoden und in diesem speziellen Fall eines parlamentarischen Entscheids nicht widersetzen können. Wichtig ist aber, in unserem Land eine den Erwartungen der Bevölkerung entsprechende «Behandlungs- und Pflegekultur» zu bewahren und zu verhindern, dass die DRG zu einem Prokrustesbett werden, so dass alle Aufenthalte in Gesundheitseinrichtungen entsprechend passend gemacht und vergütet werden. Wir benötigen auch andere Modelle: Wenn Pflege- oder Basisleistungen und nichtmedizinische Betreuung im Vordergrund stehen; wenn die Behandlungs- und Pflegeleistungen nicht *in erster Linie von der Diagnose*, sondern vom Gesamtzustand des Patienten (zum Beispiel bei Polymorbiditäten, die nicht leicht zu definieren sind) und von seinem Leistungsbedarf im Alltag abhängen. Solange also keine speziell sorgfältig abgestimmten Modelle ausgearbeitet werden, müssen wir uns dagegen wehren, dass die DRG in der Behandlung von chronisch Kranken, in den Einrichtungen für Pflegebedürftige, Betagte oder Menschen mit Behinderungen oder in der Hauspflege eingeführt werden.

Am Abend des 1. Juni begrüßte die Société vaudoise de médecine die «Rückkehr der Ärzte in die Politik». Es ist die Pflicht der Ärzte, darauf hinzuweisen, welche besorgniserregenden oder sogar perversen Auswirkungen die Einführung der DRG haben könnte. Zwar soll man die sich bietenden Vorteile des Modells nutzen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass die Behandlungsleistungen zunehmend technisiert, entmenschlicht und gekürzt werden.

Jean Martin*

1 Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(9): 361-5 (mit einem Kommentar der FMH).

* Dr. med. Jean Martin, Redaktionsmitglied, ist ehemaliger Kantonsarzt im Kanton Waadt und Mitglied der Nationalen Ethikkommission.