

SÄZ-Podiumsdiskussion «SwissDRG und Begleitforschung – sind wir auf Kurs?»  
vom 10. November 2010 in Zürich

## «Die Zeit drängt. Ein Jahr ist fast zu wenig»

Es gibt noch viel zu tun in Sachen DRG-Begleitforschung: dies die Bilanz des animierten SÄZ-Podiums zum Thema «SwissDRG und Begleitforschung» an der Universität Zürich-Irchel. Dass die Meinungen über Sinn und Unsinn der Fallpauschalen innerhalb der Ärzteschaft weit auseinandergehen, wurde auch an diesem Anlass offenkundig.

Felicitas Witte

Dr. med., Medizjournalistin,  
Basel

Stellen Sie sich vor, Sie sollen eine neue Therapie bei einer bestimmten Krankheit mit einer herkömmlichen vergleichen. Die Therapie wird ab 2012 überall in der Schweiz eingeführt. Das Problem dabei: Sie wissen zum einen nicht genau, wie gut die jetzige Behandlung ist. Zum anderen haben Sie keine Ahnung, anhand welcher Kriterien Sie die Qualität der neuen Therapie beurteilen sollen. Sie haben jetzt noch ein Jahr Zeit, um sich Kriterien zu überlegen und den Ist-Zustand zu analysieren. Kommen Sie ins Schwitzen?

Zugegeben, das Beispiel ist etwas überspitzt. Doch ähnlich mag es den Experten gehen, die über das Thema «SwissDRG und Begleitforschung» an der Podiumsdiskussion der Schweizerischen Ärztezeitung in Zürich diskutierten. Die neue Therapie ist dabei das geplante Abrechnungssystem mit *Diagnosis Related Groups* (DRG). Um zu wissen, welche Veränderungen das System mit sich bringt, ist Forschung notwendig –

und zwar rechtzeitig. Diese Begleitforschung müsste schon vor Einführung der SwissDRG einsetzen, darin waren sich die fünf Experten aus Politik, Medizin und Wirtschaft einig. Laufen diese Forschungsprojekte schon? Wer ist dafür verantwortlich? Wer zahlt das, und was soll eigentlich untersucht werden?

### Deutsche Erfahrungen nicht 1:1 übertragbar

«Für eine adäquate Begleitforschung müssen wir zuerst einmal den Ist-Zustand beurteilen», forderte *Urs Stoffel*, Co-Präsident der Konferenz Kantonalen Ärztegesellschaften und Präsident der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich. «Aber wir haben noch keine klaren umgesetzten Konzepte für die Begleitforschung, sondern nur Ansätze. Doch die Zeit drängt. Ein Jahr ist fast zu wenig.»

In Deutschland hätten Experten schon früh darauf hingewiesen, wie wichtig Begleitforschung sei.

redaktion.saez@emh.ch

Das SÄZ-Podium in Zürich: Urs Stoffel, Nikola Biller-Andorno, Pierre-François Cuénoud, Bea Heim, Rita Ziegler, Anna Sax (v.l.n.r.).  
Fotos: RB.





«Ehrlichkeit und Offenheit ist immer das beste»: Rita Ziegler bei ihrem Eingangsstatement, dem Pierre-François Cuénoud, Bea Heim und Moderatorin Anna Sax (ganz rechts) aufmerksam folgen.

«Rechtzeitig durchgeführt wurde sie aber nicht, und die kürzlich veröffentlichte retrospektive Begleitforschung ist nicht sehr aussagekräftig.» Deutschland führte das Abrechnungssystem mit DRGs im Jahre 2004 ein. Die Deutschen machten diverse Erfahrungen – warum kann die Schweiz davon nicht lernen? «Da ist zum einen die Haltung «wir machen es besser», sagte Stoffel, «zum anderen kann man die Situation in Deutschland nicht eins zu eins auf die Schweiz übertragen.» Deutschland führte das System nämlich nicht von einem Tag auf den anderen ein, es gab eine Übergangszeit (Konvergenzphase) von vier Jahren. «In dieser Zeit reichten viele Beteiligten Anträge auf Verbesserungsvorschläge ein. Damit konnten die Experten das System ständig anpassen und verbessern.» In der Schweiz sollen die DRGs ohne Übergangszeit eingeführt werden. «Doch wir müssen uns überlegen, ob das sinnvoll ist. Einige Kantone können das gar nicht.»

**In der Schweiz sollen die DRGs ohne Übergangszeit eingeführt werden. «Doch wir müssen uns überlegen, ob das sinnvoll ist.»** Urs Stoffel

#### **Erfolgskriterien ungenügend definiert**

Das Problem ist nicht nur, dass nicht genügend begleitend geforscht wird. «Bislang definierten die DRG-Experten nicht ausreichend, welche Kriterien für einen Erfolg der DRG sprechen würden», sagte Nikola Biller-Andorno, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik an der Uni Zürich. «Ausserdem fehlen uns «feinere» Parameter, mit denen wir die Qualität

der medizinischen Versorgung über die üblichen Mortalitäts- und Komplikationsparameter hinaus beurteilen können.»

Die Schweiz führt die DRG gemäss Botschaft des Bundesrates vom 15. September 2004 mit dem klaren Ziel der Kostendämmung ein. «Wir wollen alle Zugang zu einer qualitativ hohen Medizin und wir möchten, dass das sehr gute Versorgungsniveau in der Schweiz gewährleistet bleibt. Also müssen wir auch bereit sein, uns Gedanken zu machen, wie dies möglich ist und welche Konsequenzen mitzutragen wir bereit sind.»

Der Schweizerische Nationalfonds bewilligte Biller-Andorno und ihrem Team kürzlich eine Million Franken, um die Auswirkungen der DRG auf die Versorgung der Patienten und den ärztlichen Beruf zu untersuchen. «Wir haben uns die gesamte Versorgungskette vom Eintritt ins Spital bis zur Entlassung angeschaut und bei allen relevanten Beteiligten, also etwa Patienten, Ärzten, Pflegenden oder Versicherern, überlegt,

**«Bei der Begleitforschung müssen wir auch Personengruppen im Blick haben, die unter dem neuen System besonders leiden könnten. Zum Beispiel ältere oder multimorbide Patienten, die als nicht lukrativ gelten.»** Nikola Biller-Andorno

welche Veränderungen sie durch den Systemwechsel erwarten.» Hieraus entwickelte die Medizinethikerin einen Kriterienkatalog, den die Schweizerische Ärztezeitung vergangenes Jahr veröffentlichte [1].

In ihrer Studie identifizierte Biller-Andorno drei Bereiche als besonders wichtig für eine ethische Begleitforschung: Erstens die Patientenversorgung inklusive sozialem Umfeld, zweitens «Leistungserbringer» wie Ärzte und Pflegende und drittens das institutionelle und gesellschaftliche Umfeld. Um die Qualität zu beurteilen, reiche es nicht, nur auf die Finanzen zu schauen. «Bei der Begleitforschung müssen wir auch Personengruppen im Blick haben, die unter dem neuen System besonders leiden könnten. Zum Beispiel ältere oder multimorbide Patienten, die als nicht lukrativ gelten.» Studien aus Deutschland zeigen zudem, dass sich auch Ärzte mit den DRG unwohl fühlen, weil sie sich zunehmend in einem Zwiespalt befinden: Zum einen möchten sie, wie von ihnen gefordert, Kosten sparen, zum anderen sich ausreichend um ihre Patienten kümmern.»

#### **Ein Abrechnungssystem wie andere auch?**

Ein weiteres Nationalfonds-Projekt des Unispitals Zürich in Zusammenarbeit mit Bern und Basel soll die

1 Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. Kriterien für die DRG-Begleitforschung aus ethischer Perspektive. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(40):1553–6.

Auswirkungen auf das Pflegepersonal untersuchen. «Plötzlich interessieren sich alle für Begleitforschung, dabei hätten wir das die ganze Zeit schon machen können», sagte *Rita Ziegler*, Vorsitzende der Spitaldirektion des Unispitals Zürich. Sie sieht die DRG als ein Abrechnungssystem wie andere auch. Sie seien nicht gut oder schlecht per se, die Frage sei, was man daraus mache. «Mit den DRG wird es mehr Transparenz geben, das finde ich wichtig. Ehrlichkeit und Offenheit ist immer das beste.» Ziegler sitzt im Verwaltungsrat der SwissDRG AG. Diese Gesellschaft soll das DRG-System in der Schweiz erarbeiten, weiterentwickeln, anpassen und pflegen.

Einige kritisieren, die Organisation sei mit ihrer Arbeit etwas im Rückstand. «Man kann nicht ein Jahr vorher ein System wie dieses komplett fertig haben», nahm Ziegler die AG in Schutz. «Das sind hoch an-

sperrige und alle Beteiligten besser untersucht würden. Um die Qualität der Behandlung zu beurteilen, müsse man noch viele andere Aspekte untersuchen: Zum Beispiel, welche Konsequenzen sich für Arbeits-

---

**«Ich habe den Eindruck, die Politik will das nicht wirklich untersuchen. Das können wir aber nicht verantworten.»** *Bea Heim*

---

plätze ergäben, wie die Kantone die Schnittstellen gestalteten und wie letztendlich der Behandlungserfolg aussähe. «Vom Bundesrat erhielten wir aber die Antwort, dafür sei nicht genügend Geld vorhanden», berichtete Heim. «Ich habe den Eindruck, die Politik will das nicht wirklich untersuchen. Das können wir aber nicht verantworten.»

Heim zweifelt, dass bis 2012 alle notwendigen Schritte eingeleitet werden könnten. «Grosse Sorgen macht mir zudem die Kindermedizin. Können wir die Erwachsenen-DRG problemlos auf Kinder übertragen? Brauchen wir hier nicht ein eigenes Abrechnungssystem?» Als Beispiel nannte die Nationalrätin Untersuchungen in Narkose, die nicht über DRG abgerechnet würden. Sie hoffe, dass sich die SwissDRG AG darum kümmern würde.

#### **Gretchenfrage: Wer soll es bezahlen?**

Positiv tönten die Aussagen von *Pierre-François Cuénoud*, der im Zentralvorstand der FMH das Ressort SwissDRG leitet und Mitglied des Verwaltungsrats der SwissDRG AG ist. «Wir dürfen uns nicht nur mit Ökonomie beschäftigen. Mindestens ebenso wichtig ist, ob wir noch genügend Zeit für die Patienten haben, ob die Ärzte dabei gesund bleiben und welche Auswirkungen der Systemwechsel auf die anderen Beteiligten hat.» Wolle man die Qualität der Versorgung richtig beurteilen, brauche man einen validen Vorher-Nachher-Vergleich. «Wir haben nicht mehr viel Zeit, wir müssen handeln.»

Doch wer soll die Begleitforschung finanzieren? Dies soll der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) übernehmen – zumindest für die kommenden zwei Jahre. Der ANQ ist der Zusammenschluss aus der nationalen Gesellschaft für Qualitätssicherung (KIQ) und dem Interkantonalen Verein für Qualitätssicherung und -förderung (IVQ), die im Jahre 2009 zusammengelegt wurden. Für das Jahr 2011 steht ein Budget von 5 Millionen Franken zur Verfügung. «Die Fachgesellschaften können mit Anträgen helfen, dass die Leistungen im DRG-System besser erfasst werden», sagte Cuénoud. Diese würden natürlich nicht sofort umgesetzt, könnten aber eine grosse Hilfe sein.

---

**«Man kann nicht ein Jahr vorher ein System wie dieses komplett fertig haben. (...) Dies in die Praxis umzusetzen, ist nicht immer so einfach, wie sich das manche Politiker vorstellen.»** *Rita Ziegler*

---

spruchsvolle technische und betriebswirtschaftliche Systeme. Entsprechend komplex ist auch die Arbeit damit. Dies in die Praxis umzusetzen, ist nicht immer so einfach, wie sich das manche Politiker vorstellen.» Viel mehr als die betriebswirtschaftlichen Daten interessiere sie die Qualität der Versorgung. «Mit den DRG können wir das viel besser beurteilen.» Politiker wie *Bea Heim* forderten schon vor zwei Jahren begleitende Versorgungsforschung. Die Solothurner Nationalrätin startete eine parlamentarische Initiative, damit die Konsequenzen für Patienten, Ärzte,



Deutsche Erfahrungen nicht 1:1 übertragbar: Urs Stoffel, Nikola Biller-Andorno.

Eine wichtige ungeklärte Frage ist, wie die Situation für junge Ärzte in Zukunft aussieht. «Ein Krankenhaus, das mit Fachärzten arbeitet, ist doch finanziell viel attraktiver als eines, das junge Ärzte ausbildet»,

«Wir dürfen uns nicht nur mit Ökonomie beschäftigen. Mindestens ebenso wichtig ist, ob wir noch genügend Zeit für die Patienten haben, ob die Ärzte dabei gesund bleiben (...).» *Pierre-François Cuénoud*

merkte ein Arzt aus dem engagiert diskutierenden Publikum an. «Das ist ein grosses Problem», gab Cuénoud zu. Einige Kantone, die schon mit DRG arbeiten wie Wallis, Genf, St. Gallen, Zürich und Waadt entkoppeln die Weiterbildungskosten daher von den Fallpauschalen. «Jeder Kanton will bis Ende 2011 eine

disziplinen. So zweifelte Prof. *Ferenc Follath*, ehemaliger Direktor der medizinischen Klinik A des Universitätsspitals Zürich, dass das DRG-System mit seinen Einheitspreisen komplexen internistischen Fällen gerecht werden könne; diese seien nicht mit chirurgisch-interventionellen Prozeduren vergleichbar. «Es wird mehr als 1000 DR-Gruppen geben», erklärte Cuénoud. «Die Innere Medizin kommt dabei sicher nicht schlecht weg.» Die Gruppen würden so homogen wie möglich werden. In einen DRG-Topf gehen nicht nur Prozeduren ein, sondern auch Diagnosen. Viele internistische Prozeduren oder Diagnosen hätten ein hohes Gewicht in einer DR-Gruppe, etwa eine Gastroskopie oder eine Sepsis bei Lungenentzündung.

Mit *Christian Hess* sass auch ein profilierter Kritiker des DRG-Systems im Publikum. Der Chefarzt Innere Medizin am Spital Affoltern engagiert sich seit längerem auf verschiedenen Ebenen – auch politisch – intensiv in Sachen DRGs und ist einer der Initianten des DRG-Moratoriums. Er fürchtet als Folge der DRG-

«Ich sehe nicht ein, wozu DRG gut sein sollen. Was der stationäre Bereich einspart, um nicht teurer zu werden, schlägt in der ambulanten Medizin zu Buche.» *David Winizki*

Lösung für sich finden. Der Phantasie scheinen dabei keine Grenzen gesetzt zu sein. Es bringt aber nichts, wenn jeder Kanton das für sich macht, wir brauchen eine nationale Lösung.»

#### Profilierte DRG-Skeptiker im Publikum

Manche Ärzte im Publikum sorgten sich um eine gerechte Finanzierung unter den verschiedenen Fach-

Einführung unter anderem eine enorme Bürokratisierung mit einer Verschiebung der Prioritäten weg vom Patienten hin zum Verwaltungsapparat, der durch aufwendige IT-Infrastruktur und ein aufgeblähtes Codierungs- und Controllingwesen auch sehr teuer werde. «Ist das wirklich die Art von Medizin, die wir wollen?», fragte er rhetorisch. Fulminant kritisch äusserte sich auch *David Winizki*, Hausarzt und DRG-Kritiker der ersten Stunde. «Ich sehe nicht ein, wozu DRG gut sein sollen. Was der stationäre Bereich einspart, um nicht teurer zu werden, schlägt in der ambulanten Medizin zu Buche», fürchtet der Allgemeinmediziner. «Die stationäre Medizin zahlt jedoch zur Hälfte der Staat, während die ambulante Medizin zu 100 Prozent die Krankenkassen finanzieren. Allein mit Einführung der DRG steigen so die Prämien um etwa drei bis fünf Prozent – das finde ich sehr unsozial.»

#### Diskussion um Investitionskosten

Sorgen machten sich auch weitere Hausärzte: «Wenn die DRG dazu führen, dass die Patienten zu früh entlassen werden, müssen wir uns um sie kümmern und werden dafür nicht adäquat bezahlt», fürchtete ein Arzt aus dem Publikum. «Die Spitäler betreiben outsourcing», bestätigte *Valerio Rosinus*, Co-Präsident von Hausärzte Zürich. «Die Gesamtkosten werden steigen, weil die Spitäler die früheren Entlassungen durch mehr Volumen kompensieren werden, um Umsatzeinbussen zu vermeiden. Bei uns Hausärzten



Setzt auf die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften: Pierre-François Cuénoud im Gespräch mit Anna Sax.

werden dagegen mehr Kosten anfallen, so dass man uns einmal mehr den Schwarzen Peter zuschieben kann.» Dass die Krankenkassen dann für die höheren Kosten aufkommen, bleibt zu hoffen.

Heftig diskutierten Podium und Publikum die Frage der Investitionskosten. Ab 1.1.2012 sollen sie als Teil in die DRG eingerechnet werden, geplant sind 10–12%. «Für die Behandlung der Patienten könnte bei so einem Satz noch weniger Geld zur Verfügung stehen», kritisierte Christian Hess. «Die Spitalleitungen müssen nämlich immer mehr Geld abzweigen, um den Betrieb mit seinem Verwaltungsapparat aufrechtzuerhalten und zusätzlich Investitionen zu tätigen.» Ab 2012 werden die Kassen gemäss Gesetz 45% der stationären Kosten übernehmen. «Wenn in diesen Kosten die Investitionen inbegriffen sind, führt dies zudem zu deutlichen Prämienanstiegen», warnte

### «DRG sind nicht mehr abzuwenden, nun müssen wir uns den Herausforderungen stellen.»

Bea Heim

Hess. Rita Ziegler berichtete daraufhin von einer Übergangslösung, die der Verwaltungsrat der Swiss-DRG am Tag zuvor beschlossen hatte. «Während einer bestimmten Zeit werden wir die Investitionskosten mit einem Pauschalzuschlag abgelten, bevor sie kalkulatorisch in die Gesamtentschädigung einfließen», erklärte Ziegler. «Offen ist, wie lange diese



«Ist das wirklich die Art von Medizin, die wir wollen?»: DRG-Kritiker Christian Hess, Chefarzt Innere Medizin am Spital Affoltern am Albis.



Befürchtet «Outsourcing» der Spitäler: Valerio Rosinus, Co-Präsident von «Hausärzte Zürich».

Übergangsphase dauert und wie hoch die Zuschläge sein werden.» Herausnehmen könne man die Investitionskosten aus dem DRG-System aber nicht, denn das sähe die neue Spitalfinanzierung gemäss Krankenversicherungsgesetz so vor.

Ruhiger ging es in der Schlussdiskussion zu. «DRG sind nicht mehr abzuwenden, nun müssen wir uns den Herausforderungen stellen», forderte Bea Heim. «Die Transparenz der DRG sollte zugunsten der Patienten genutzt werden. Wir können damit einen Behandlungserfolg zeigen und Strukturfehler erkennen. Das ist eine grosse Chance!» Problematisch sehe sie die Gefahr einer Rationalisierung im Gesundheitssystem auf Kosten der Schwächeren. «Die Alten und die chronisch Kranken werden möglicherweise benachteiligt werden. Wir müssen aber alles dafür tun, damit wir ein gerechtes System für alle haben.»

Wie viel Solidarität sich das Schweizer Gesundheitssystem in Zukunft leisten will, bleibt abzuwarten. «Dass das vorrangige politische Ziel der DRG ist, Kosten einzusparen, ist ja per se nicht anrühlich», fand Ethikerin Biller-Andorno. «Was für Konsequenzen das für die medizinische Versorgung und alle Beteiligten haben könnte, müssen wir aber offen diskutieren und kommunizieren.» Und um das zu wissen, braucht es eine solide Begleitforschung.