



Das Berner Podium (v.l.n.r.): Anna Sax (Moderation), Urs Brügger, Pierre-François Cuénoud, Oliver Peters, Margrit Fässler, Beat Gafner und Heinz Schaad. Fotos: BK

SÄZ-Podiumsdiskussion «DRG / Neue Spitalfinanzierung: Zwischenbilanz nach einem Jahr» vom 31. Januar 2013 in Bern

## «DRG ist wie ein Medikament: Es wirkt schwach, hat aber wenige Nebenwirkungen»

In einer animierten Diskussion zogen die Podiumsgäste aus den Bereichen Medizin, Ethik und Ökonomie/Spitalverwaltung rund ein Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung und der SwissDRG eine vorläufige Bilanz. Fazit: Es besteht weder Anlass zu Euphorie noch zu Katzenjammer.

Felicitas Witte

Dr. med.,  
freie Medizinjournalistin

Viele hatten kritisiert und davor gewarnt, aber am 1. 1. 2012 war es so weit: Das Fallpauschalensystem SwissDRG und die neuen Regeln zur Spitalfinanzierung wurden eingeführt. Werden Patienten heutzutage halbkrank entlassen, weil es nicht mehr Geld für einen längeren Spitalaufenthalt gibt? Heilen Ärzte nicht mehr, sondern tippen nur noch DRG-Codes in den Computer? Gibt die Schweiz jetzt weniger Geld aus für die Gesundheitsversorgung? Ob es zu den von

zerischen Gesundheitsdirektorenkonferenz und Mitglied des Verwaltungsrates der SwissDRG AG, in seinem einführenden Referat. «Die wirklichen Schwierigkeiten liegen weniger bei der neuen Tarifstruktur, sondern bei den neuen Regeln der Spitalfinanzierung.» Bisher habe man sich immer darauf verlassen können, dass ein finanzielles Defizit in den Spitälern gedeckt würde. «Jetzt werden nur noch Leistungen bezahlt, für die eine Rechnung gestellt und für die

«Jetzt werden nur noch Leistungen bezahlt, für die eine Rechnung gestellt und für die eine Leistung erbracht wurde.» Carlo Conti

einigen erhofften, von anderen prophezeiten Veränderungen gekommen ist, diskutierten kürzlich sechs Experten aus Politik, Medizin und Wirtschaft auf einer der inzwischen gut etablierten Podiumsdiskussionen der Schweizerischen Ärztezeitung, die dieses Mal wieder in Bern stattfand.

Man könne nicht sagen, dass es zu einem Chaos gekommen sei, sagte *Carlo Conti*, Präsident der Schwei-

eine Leistung erbracht wurde», fasste Conti die neuen Regeln zusammen. Leider seien einige Punkte noch nicht geregelt: So sei nicht klar, wer die Aus- und Weiterbildung der Ärzte zum Facharzt und die Kosten für Lehre und Forschung bezahle, wie die Investitionskosten der Spitäler erstattet würden und über welche Tarifstruktur in Psychiatrie, Reha oder Kinderspitälern abgerechnet werden solle.

Korrespondenz:  
Redaktion  
Schweizerische Ärztezeitung  
Farnsbürgerstrasse 8  
CH-4132 Muttens  
redaktion.saez[at]emh.ch

Dumm sparen oder klug steuern – was haben die Kantone seit Einführung der SwissDRG gemacht? Mit dieser Frage leitete SÄZ-Redaktorin *Anna Sax* provokant in die Podiumsdiskussion über. «Ich spüre wenig von intelligentem Steuern, sondern eine passive DRG-Gläubigkeit», sagte *Oliver Peters*, Finanz- und Betriebs-

---

«Ich spüre wenig von intelligentem Steuern, sondern eine passive DRG-Gläubigkeit.» *Oliver Peters*

---

chef am Unispital CHUV in Lausanne, «als würde DRG die absolute Wahrheit darstellen!» Deutsche DRG-Experten berichten, die Schweizer hätten vorgehabt, mit dem Weglassen von Zusatzentgelten ein einfaches, «geländegängiges SwissDRG» einzuführen, dabei hätten sie aber die Räder abgeschraubt. «Jetzt müssen wir überlegen, wie wir wieder fahren können.»

Gesundheitsökonomie Spitalärzte. So startete die FMH kürzlich eine Umfrage bei Spitalärzten und wollte unter anderem wissen, ob sie immer noch ihre therapeutische Freiheit geniessen könnten. «So eine Umfrage wollen wir jedes Jahr machen.» Die Idee ist gut, aber für systematische Begleitforschung braucht es noch mehr.

Überraschend mögen für manche die Erkenntnisse von *Urs Brügger* gewesen sein, Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Er analysierte, was Fachartikel über den Einfluss von DRG in verschiedenen Ländern berichtet hatten [3]. «DRG kann man mit einem Medikament vergleichen, das nicht besonders stark wirkt, aber auch wenig Nebenwirkungen hat», fasste Brügger zusammen. «Zur Kostendämmung trägt DRG wenig bei, gleichzeitig bewahrheiteten sich nicht die Befürchtungen, dass die Patienten schlechter versorgt werden.»

Das Modell DRG eigne sich für die «Massenproduktion», also für Krankheiten, die ähnlich seien und gleich behandelt werden würden, meinte *Heinz*

---

«Die ethischen Fragen finden wir sehr wichtig, denn eine Gesellschaft schaut nicht nur aufs Geldsparen.» *Margrit Fässler*

---

«Systematische Begleitforschung zu den Auswirkungen von DRG gibt es leider viel zu wenig», sagte *Margrit Fässler* vom Institut für Biomedizinische Ethik der Uni Zürich. «Die Deutsche arbeitet für das Projekt des Schweizerischen Nationalfonds zur DRG-Begleitforschung. Schon bei der Podiumsdiskussion der SÄZ im November 2010 [1] forderten Experten, von Anfang an vernünftige Begleitforschung zu machen. «Es könnte zwar besser sein, aber immerhin bemüht man sich darum», sagte Fässler. So untersucht ihr Team in der IDoC-Studie Konsequenzen von SwissDRG: Zum Beispiel, ob sich das Berufsethos oder die Zufriedenheit von Ärzten oder Pflegenden ändert, ob Patienten mit Herzinfarkt evidenzbasiert versorgt werden oder ob mit der neuen Spitalfinanzierung die rechtlichen Erfordernisse erfüllt werden. «Die ethischen Fragen finden wir sehr wichtig», erklärte Fässler. «Denn eine Gesellschaft schaut nicht nur aufs Geldsparen.» Gegen ein neues Spitalfinanzierungssystem sei nichts einzuwenden. «Aber wenn Ärzte und Pflegende in einen Interessenkonflikt kommen, zum Beispiel weil für das Spital eher der finanzielle Gewinn im Vordergrund steht als das Wohl des Patienten, müssen wir Lösungen dafür finden.» Es gäbe schon erste Ergebnisse ihrer IDoC-Studie, die definitiv aber erst Mitte 2013 [2].

Begleitforschung sei auch ein grosses Anliegen der FMH, sagte *Pierre-Francois Cuénoud*, Vizepräsident der FMH und Verantwortlicher des Ressorts Tarife und

*Schaad*, Chefarzt Innere Medizin am Spital Interlaken. «Schweizer Patienten haben aber immer mehr Wünsche und wollen mitbestimmen, wie sie behandelt werden – das steht in klarem Widerspruch zur DRG-Finanzierung.» Als Instrument, um Kosten zu sparen, eigne sich das DRG-System jedenfalls nicht. Verzichten sei für ihn nichts Neues. «Seit 30 Jahren üben wir das. Aber jetzt ist die Zitrone ausgepresst,



«Kein Chaos»: Carlo Conti bei seinem Impulsreferat.

das Rationalisierungspotential ist ausgeschöpft.» Problematisch findet Schaad, wenn der Notfall in den DRG-Tarif eingeschlossen ist. «Manche Spitäler machen geplante Routineeingriffe «wie am Fliessband» um zu möglichst viel Geld zu kommen», sagte

---

**«Jetzt ist die Zitrone ausgepresst, das Rationalisierungspotential ist ausgeschöpft.»** *Heinz Schaad*

---

Schaad. So eine «Rosinenpickerei» dürfe nicht sein. «Diese Spitäler werden dann nämlich überbezahlt, und unterbezahlt sind die Spitäler, die «ungefiltert» viele Notfälle machen müssen.» Sinnvoll sei, ein Zusatzentgelt für Notfallbehandlungen einzuführen, findet Schaad.

*Beat Gafner*, Hausarzt und Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern, meint die Auswirkungen von DRG in seiner Praxis zu spüren. «Der administrative Aufwand ist noch grösser geworden.» Ausserdem müsse er viel mehr Nebendiagnosen abklären und therapieren und darüber hinaus neue Kompetenzen

kennen.» Im Kanton Bern hätten seit Beginn 2012 die ambulanten Konsultationen nach einem Spitalaufenthalt zugenommen, berichtete Gafner, ausserdem hätten Patienten nach auswärtigen Untersuchungen öfter ihren Arzt aufgesucht [4].

Oliver Peters berichtete, im CHUV gebe es heute nicht mehr ambulante Konsultationen. Der ambulante Bereich wachse im Einklang mit der Demographie, die Kostendeckung sei aber noch ungenügend. «Wir führen ständig eine Schlacht, dass die Ärzte besser fakturieren – denn das ist der einzige Weg, um die Kosten zu decken.»

Intensiv diskutierten die Teilnehmer, ob die Tarife in SwissDRG gut gewählt seien. «Dass das System noch nicht in der Lage ist, auch teure komplexe Fälle richtig abzubilden, liegt an den verschiedenen Mitspielern», sagte Pierre-Francois Cuénoud. «Die Versicherer wollen so wenige Gruppen und so pauschal wie möglich, H+ und FMH dagegen wollen möglichst viele Gruppen und Zusatzentgelte. Wir haben jetzt eine feinere Struktur gewählt – DRG ist eben ein lernendes System.»

Zu klären sei noch, so Urs Brügger, ob Unispitäler eine höhere Basisrate bekommen sollten, weil dort kränkere Patienten und anspruchsvollere oder inno-

---

**«Der administrative Aufwand ist noch grösser geworden. Die fachlichen Anforderungen steigen stetig.»** *Beat Gafner*

---

entwickeln. «Die fachlichen Anforderungen steigen stetig.» So würden heutzutage beispielsweise viele Behandlungen als stationäre Kurzzeittherapie oder ambulant durchgeführt. «Da müssen wir als Hausärzte Komplikationen oder Nebenwirkungen bestens

entwickeln. «Die fachlichen Anforderungen steigen stetig.» So würden heutzutage beispielsweise viele Behandlungen als stationäre Kurzzeittherapie oder ambulant durchgeführt. «Da müssen wir als Hausärzte Komplikationen oder Nebenwirkungen bestens



«Grosser Forschungsbedarf»: Margrit Fässler und Oliver Peters.



Spüren Auswirkungen von DRG in der Praxis und im Spital: Beat Gafner (links) und Heinz Schaad.

dort seien aber viele Regionalspitäler Pleite gegangen. In Deutschland dagegen gäbe es eine gleiche Basisrate für Uni- und Regionalspitäler, dort hätten aber die Unikliniken teilweise Verluste gemacht. «Vermutlich wäre ein Mittelweg zwischen beiden Modellen vernünftig», sagte Brügger. Oliver Peters ergänzte, die Unispitäler in Deutschland hätten zusätzlich zur Basisrate durchschnittlich 17% Sonderentgelte für besonders aufwendige Behandlungen erhalten. «Mit einer solchen «Einheitsbaserate» wären wir auch in der Schweiz zufrieden.»

**«Dass das System noch nicht in der Lage ist, auch teure komplexe Fälle richtig abzubilden, liegt an den verschiedenen Mitspielern.»** *Pierre-François Cuénoud*

Verfolgte man die Podiumsdiskussion vor anderthalb Jahren sowie die jetzige, könnte man sich fragen: Warum hat man nicht von Anfang an eine systematische Begleitforschung zu DRG gestartet? «Eigentlich hatten wir eine perfekte Laborsituation», sagt Oliver

Eine bessere Begleitforschung wünschte sich auch das engagiert diskutierende Publikum: «Ich bin enttäuscht», sagte ein Chirurg, der seit 40 Jahren Patienten versorgt. «Die Forschung dauert viel zu lange.» Er habe das Gefühl, nicht mehr Patienten zu behandeln, sondern nur noch Fälle. «Das geht so weit, dass gewisse Operationen in zwei oder drei Eingriffen separat durchgeführt werden, die man ohne weiteres in einer hätte machen können.» So ein Vorgehen sei unethisch, antwortete Pierre-François Cuénoud, der Chef der Chirurgie am Spital Sitten ist. «Wir dürfen uns vom DRG-System natürlich nicht alles bestimmen lassen.»

Seit er mit DRG arbeite, sei er ständig dazu angehalten, möglichst wenig auszugeben und viel einzunehmen, erzählte ein Internist, der jahrelang als Chefarzt in der Kardiologie arbeitete. «Wir bekamen Ärger, wenn die durchschnittlichen Einnahmen aus den Rechnungen zu niedrig waren. Dann wurde uns gesagt, wir sollten besser kodieren.» Es sei relativ leicht zu lernen, wie man den Computer füttere, damit ein möglichst hoher Index herauskomme. «Das ist ethisch aber sehr fraglich. Man sucht nach immer mehr Krankheiten bei den Patienten.» Alle teuren Untersuchungen, zum Beispiel bildgebende Verfahren, würden zu-

**«Natürlich ist es nicht perfekt. Es ist ein administratives System wie andere auch, das läuft und immer wieder angepasst werden muss.»**

*Urs Brügger*

Peters. «Denn schon acht Jahre vor Einführung der SwissDRG arbeiteten einige Kantone damit, andere nicht. So hätte man gut vergleichen können, welche Auswirkungen DRG hat.»

dem schlecht abgebildet im DRG-System. «Im Spital wird den Patienten deshalb gesagt, dass sie das ambulant machen sollen», sagte der Internist. «Aber damit spart man nichts, man verlagert nur die Kosten.»



«Weniger, aber schönere Kliniken», prognostiziert Urs Brügger (rechts Pierre-François Cuénoud).



Verfolgte die Diskussion aufmerksam und diskutierte engagiert mit: das Publikum der Berner Veranstaltung.

Medizinethikerin Margrit Fässler fürchtet, die Ärzte könnten mehr und mehr unter Druck geraten. «Wenn Kaderärzte vor die Verwaltung zitiert werden, weil sie nicht genügend kodieren, ist das schlimm.» Fässler vermutet, in Zukunft würden Mediziner noch mehr Verwaltungsarbeit leisten als heute. «Sie werden immer weniger Zeit haben, neben dem Medizinischen auch über Nicht-Fachliches mit dem Patienten zu reden. Dabei ist das für eine gute Behandlung so wichtig.»

Man dürfte nicht immer davon ausgehen, dass alle vorrangig den Patientennutzen im Sinn hätten, argumentierte Hausarzt Beat Gafner. «Kosten werden immer wichtiger – die Ökonomisierung in der Medizin schreitet voran.» Die Schweiz stehe vor einer Entscheidung, glaubt Oliver Peters. «Die Fehlanreize im DRG-System müssen ausgemerzt werden.» Sonst werde das Ungleichgewicht in der Finanzierung immer grösser: Die Unispitäler hätten zu wenig Geld und die Regionalspitäler und Kliniken zu viel. «Und das wird dazu führen, dass die überfinanzierten Leistungserbringer immer mehr Leistung produzieren wollen.» Urs Brügger vermutet, die Spitäler verschlingen in Zukunft noch mehr Geld als heute. «Es wird weniger, aber schönere Kliniken geben», prognostiziert der Ökonom. Das DRG-System sieht er nicht so kritisch wie andere.



«Dumm sparen oder klug steuern?»: Moderatorin Anna Sax stellte auch provokante Fragen.

#### Literatur

- 1 Witte F. «Die Zeit drängt. Ein Jahr ist fast zu wenig». Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(49):1944–8.
- 2 [www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html](http://www.ethik.uzh.ch/ibme/forschung/drg.html)
- 3 Urs Brügger. Impact of DRGs. Introducing a DRG reimbursement system: A literature review. Schriftenreihe der Schweizer Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP, Band 98. <http://www.sggp.ch/index-de.php?frameset=3&page=59>
- 4 Datenmonitoring «Reason For Encounter – Klassierung der Gründe für eine Konsultation in der Arztpraxis». [www.reasonforencounter.ch/](http://www.reasonforencounter.ch/)