

# Die DRG werden kommen, aber wie?

**Die neuen Entschädigungsformen für medizinische Behandlungen führen zu weitreichenden Veränderungen im Gesundheitswesen. An der Irchel-Tagung diskutierten Fachleute über mögliche Auswirkungen und wie das neue Finanzierungssystem in die richtige Bahn gelenkt werden kann.**

**Karin Diodà**

Fallpauschalen und die geplante flächendeckende Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups, siehe *Kasten*) sorgen für kontroverse Diskussionen. Bei Fallpauschalen richtet sich die Vergütung für Spitalpatienten nicht mehr nach dem individuell geleisteten Behandlungs- und Pflegeaufwand. Vielmehr werden ähnliche Patientenfälle in Gruppen zusammengefasst und klassifiziert. Auf dieser Basis wird ein Vergütungssystem berechnet. Beim DRG-System handelt es sich um eine Variante der Fallpauschale. Der Verein Swiss-DRG, der das System ab 2009 tarifwirksam und stufenweise in der Schweiz einführt, verspricht sich davon einen grossen Reformschritt in der Spitalfinanzierung. Die Leistungen der Spitäler würden dadurch vergleichbarer, transparenter und nach den gleichen Prinzipien abgegolten.

## **Kritische Stimmen**

Doch bei den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen hält sich die Begeisterung über die DRG in Grenzen. Manche unter ihnen befürchten negative Auswirkungen, wie verstärkten Spardruck und Qualitätsabbau.

Unbestritten ist, dass das neue Finanzierungssystem entscheidende Veränderungen mit sich bringen wird, die sich sowohl auf die Tätigkeit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen auswirken werden wie auch auf die Patienten. Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass Fallpauschalen zu einem grossen Druck auf die Spitäler und zu einer Senkung der Spitalaufenthaltsdauer führen.

Am 3. Oktober 2006 waren es hauptsächlich Pflegefachleute, welche über die möglichen Auswirkungen des DRG-Systems auf ihre Arbeit debattierten. Die Irchel-Tagung, eine Veranstaltung der SGGP<sup>1</sup> stand unter dem Motto «Qualität – zum Abschluss frei ge-

## **Die Veränderungen durch die DRG werden sich besonders auf die Spitex und die Pflegeheime auswirken.**

ben?». Dabei betonten die Veranstalter, sie hätten sich zum Ziel gesetzt, keine Anti-DRG-Tagung zu veranstalten. Ziel sei vielmehr, Befürchtungen und Ängste in Zusammenhang mit den DRG breit zu diskutieren und positiv in die Zukunft zu blicken. Doch waren die kritischen Stimmen in der Mehrzahl und nicht zu überhören. So wurde etwa argumentiert, dass mit der Einführung der DRG problematische Einzelmassnahmen im hochkomplexen System Gesundheitswesen getroffen würden, die mit zahlreichen Nebeneffekten verbunden seien.

<sup>1</sup> Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik

### Die Pflegeleistungen besser abbilden

Im Mittelpunkt aber stand die Forderung, die Pflegeleistungen bei der Berechnung von Fallpauschalen stärker mit einzubeziehen. Dies sei Voraussetzung, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu erhalten, argumentieren die Betroffenen. Der Referent Lucien Portenier vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachleute SBK, plädiert dafür, ergänzend zu den bestehenden Diagnosegruppen Informationen aus der Pflege

### Es braucht eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Spitälern und den nachbehandelnden Akteuren.

vermehrt zu berücksichtigen. So bestünden in manchen Fallgruppen grosse Unterschiede beim Pflegeaufwand. Lucien Portenier sieht auch die Gefahr des Qualitätsdumpings, wenn das System effiziente Fallcodierung belohnt statt Behandlungsqualität. Er fordert deshalb parallel zur Einführung der DRG ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring wie auch den Aufbau von Pflegeinformationen als Ergänzung zu der ICD-10/CHOP-Gruppierung<sup>2</sup>.

Über konkrete Erfahrungen in Deutschland referierte Birgit S. Etzel, Direktorin für Pflegeforschung an der Klinik für Tumorbio-logie in Freiburg. Dort ist der Pflegeaufwand in den DRG zwar enthalten, doch werde die Pflege bisher nur als Kostenfaktor berücksichtigt. Doch sei Pflege eine zentrale Leistung, die als solche im DRG abgebildet werden müsse. In deutschen Spitälern stellt Birgit S. Etzel bereits nach wenigen Jahren einen starken Trend zur Zentralisierung von medizinischen Leistungsangeboten fest.

### Den Letzten beißen die Hunde

Die Veränderungen durch die DRG werden sich besonders auf die Spitex und die Pflegeheime auswirken. Durch die frühzeitigen Spitalentlassungen, die das neue System mit sich bringt, werden diese beiden Institutionen vermehrt Aufgaben in der Therapie und Rehabilitation übernehmen müssen. Als

Vertreterin der Spitex äusserte sich Mireille Dubois zu den von ihr erwarteten Folgen. Sie befürchtet einen verstärkten Drehtüreffekt zwischen Spital und Spitex, frühere Heimeintritte sowie vermehrte Übernahmen von ambulanten Behandlungen. Ein Risiko sieht Mireille Dubois bei einer impliziten Festlegung der Spitex-Leistungen pro Fall durch die Krankenkassen als Folge der Spitalpauschalen. Als problematisch erachtet sie auch, wenn nach dem Spitalaustritt keine Kostenübernahme der Leistungen durch die Krankenkassen stattfindet, weil diese bereits durch die Spitalpauschale gedeckt sind. Um solchen Risiken entgegenzuwirken, müsse die Gesundheitsversorgung als eine einzige gesamthafte Behandlungskette verstanden werden, argumentiert die Spitex-Vertreterin.

Zur Situation der Pflegeheime erklärte Hansruedi Schönenberg, Vertreter der H+ Spitäler der Schweiz, bedauernd, es gelte immer mehr das Motto «den Letzten beißen die Hunde». Erst wenn Spital, Spitex und Angehörige nicht mehr können (oder wollen), seien die Pflegeheime gefragt. Wie Mireille Dubois argumentiert auch Hansruedi Schönenberg, es brauche eine verstärkte Zusammenarbeit

### Die heutigen Entschädigungssysteme setzen kaum Anreize, einen Behandlungsfall gesamthaft zu betrachten.

zwischen den Spitälern und den nachbehandelnden Akteuren. Er betont, es dürfe in diesem System nur gleichwertige Partner, und keine «Letzten» geben.

### Doppelpurigkeiten vermeiden

Stefan Schütz vom HMO Gesundheitsplan Basel äusserte sich als Befürworter von pauschalen Vergütungsformen. Die heutigen Möglichkeiten der Medizin, besonders die fortschreitende Spezialisierung, stellen höhere Ansprüche an die Organisation der Gesundheitsversorgung. Damit steige der Abstimmungsbedarf zwischen den verschiedenen medizinischen Fachstellen. Die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, so Stefan Schütz, hängen deshalb auch vom Zusammenwirken der Schnittstellen ab. Die heute in der Schweiz dominie-

<sup>2</sup> ICD 10: Internationale Klassifikation der Krankheiten, CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation

## Begriffe zu den neuen Entschädigungsformen

### DRG (Diagnosis Related Groups)

Ein leistungsorientiertes Fallpauschalensystem zur Abgeltung im stationären Spitalbereich. Die Spitäler erhalten eine bestimmte Vergütung pro Fall, entsprechend der Diagnose/den Diagnosen, unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsaufwand.

### SwissDRG

Privatrechtlicher Verein, gegründet 2004, zuständig für die Anpassung des DRG an schweizerische Verhältnisse und dessen tarifwirksame, flächendeckende Einführung ab 2009. Informationen zum aktuellen Stand der einzelnen SwissDRG-Projekte: [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)

Mitglieder des SwissDRG: GDK (GesundheitsdirektorInnenkonferenz), santésuisse (Krankenkassenverband), H+ (Spitäler der Schweiz), MTK, IV, MV (Bundesversicherungen), FMH (Ärzteverbände).

Im Beobachterstatus: BAG, BFS (Bundesämter) und SBK (Berufsverband Pflege).

### Case Mix Office

Einrichtung für die administrativen Aufgaben und die Organisation des DRG-Systems. In der Schweiz ist dies eine Aktiengesellschaft, die zurzeit unter der Trägerschaft des Vereins SwissDRG aufgebaut wird. Case Mix: Summe der Fallgewichte im Spital, Patientenklassifizierung.

### Fallpauschale

Festgelegte Vergütung für die Behandlung von akut-stationären Fällen im Spital.

Für eine bestimmte Behandlung oder Diagnose wird stets der gleiche Betrag vergütet, unabhängig vom effektiven Behandlungsaufwand. Dabei werden Patienten mit ähnlicher Diagnose und Behandlung in Gruppen zusammengefasst. Berechnet wird eine Fallpauschale anhand des relativen Kostengewichts der Fallgruppen im Verhältnis zum Durchschnittsfall.

### Kopfpauschale

Festgelegte Vergütung pro Patient im ambulanten Bereich. Kopfpauschalen werden in HMO-Praxen mit Budgetverantwortung angewendet, meist abgestuft nach Risiko wie Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand. Kopfpauschalen setzen voraus, dass ein Glied der Behandlungskette eine medizinische und finanzielle Verantwortung trägt, die über den eigenen Versorgungsbereich hinausgeht.

renden Entschädigungssysteme würden kaum Anreize setzen, einen Behandlungsfall gesamthaft zu betrachten. Im Gegenteil, Einzelleistungstarife wie Tarmed würden Anreize zur Mengenausweitung schaffen. Dies sei unwirtschaftlich und es bestünde die Gefahr einer medizinischen Überversorgung. Mit pauschalen Vergütungssystemen wie den Kopfpauschalen würde hingegen der ganze Behandlungsfall erfasst.

Damit könnten Doppelspurigkeiten vermieden und medizinisch nicht notwendige Leistungen verhindert werden, nach dem Motto «weniger ist mehr». Doch weist Stefan Schütz darauf hin, dass dies Anreize für eine medizinische Unterversorgung schaffen könnte. Um dies zu vermeiden, sind bei Managed-Care-Modellen zusätzliche Massnahmen zur Qualitätssicherung eingeführt worden (Systematisches Überweisungsmanagement, Qualitätszirkelarbeit, Patientenbefragungen, Equam-Zertifizierung).

### Qualität als Anreiz

Klartext an dieser Veranstaltung sprach auch Erika Ziltener, Präsidentin der Patientenstelle Zürich: Ihrer Meinung nach ist das neue Vergütungssystem intransparent, unkontrollierbar und manipulierbar. Als grössten Mangel der DRG erachtet Erika Ziltener, dass sie keine Anreize für Qualität und Qualitätssicherung bieten. Der finanzielle Anreiz könne nicht Ansatz eines zukunftsweisenden Systems sein. Anreiz könne nur die Qualität und die Qualitätssicherung sein.

Zum DRG aus ärztlicher Sicht äusserte sich Hansueli Schläpfer vom Ärztenetz Sämti-Med AG. Er befürchtet negative Auswirkungen wie Codierungsdruck und zunehmende Bürokratisierung, verstärkte Kontrollen und Sanktionen sowie einen Anstieg des finanziellen Drucks. Der Arzt plädiert für eine schlanke Qualitätsförderung ohne überschüssende Bürokratie sowie transparente Prozesse in geschützten Gruppen. Als flankierende Massnahmen ausserhalb der Spitäler sieht Hansueli Schläpfer die Förderung von Managed Care über die gesamte Behandlungskette und eine freie Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinweg.

**Karin Diodà**

Redaktion Managed Care