

GESUNDHEITSPOLITIK, SEITEN 40-42

Bald schon werden stationäre Spitalleistungen nicht mehr über Tagespauschalen abgerechnet, sondern einheitlich nach Krankheitsfall. Was bedeutet das konkret für uns Betroffene und für die hauptsächlichen Akteure im Gesundheitsmarkt?

Hans Wirz

Fallpauschalen

Was der Systemwechsel bringt



Interview mit:

Dr. med. Urs Stoffel legt die Sicht der Ärzteschaft zum Wechsel auf DRG-Fallpauschalen in Spitälern dar.

Herr Stoffel, Sie beschäftigen sich als Arzt, als Präsident der Ärztesgesellschaft Zürich und Co-Präsident der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften seit Jahren intensiv mit SwissDRG, dem neuen Tarifsysteem für die stationäre Spitalleistung. Am 1. Januar 2012 ist es soweit, DRG wird in allen Spitälern in der Schweiz, in öffentlichen wie in privaten, eingeführt. Was bedeutet die Einführung der DRG für die betroffenen Patienten?

Was die Behandlungsqualität der Patientinnen und Patienten angeht, sollte diese auch nach Einführung der DRG gleich gut sein oder besser. Es geht bei DRG um ein neues Abrechnungssystem, nicht um ein neues Behandlungssystem. Gesucht wird mehr Effizienz. Eine Verschlechterung der Qualität wäre fatal und muss mit einer Begleitforschung verhindert werden. Bis Ende 2011 wird nach Tagespauschalen abgerechnet; je länger die Patientin oder der Patient im Spital ist, desto höher der Erlös. Ab 2012 zahlt man nicht mehr Tagpauschalen, sondern Fallpauschalen. Ziel wäre es, dass eine Blinddarm- oder Leistenbruchoperation dann überall in der Schweiz und unabhängig von der Aufenthaltsdauer gleich viel kostet.

Es gibt also «Preislisten», wie etwa in Garagen oder Restaurants, nur

vermutlich viel komplizierter. Was hat das für praktische Auswirkungen?

Die Tagespauschalen, unabhängig von der Fallschwere, sind ungerecht und haben eher zu einer Verlängerung der Hospitalisationsdauer geführt. Ab 2012 haben die Spitäler ein klares Interesse daran, Patientinnen und Patienten so rasch wie möglich zu behandeln. Eine Auswirkung für die Patientinnen und Patienten wird sein, dass sie nicht mehr am Tag vor der Operation ins Spital eintreten, sondern vorwiegend am Tag der Operation. Die Vorabklärungen müssen deshalb vorher vom Hausarzt gemacht werden.

Durch das neue Tarifsysteem sollen bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen genutzt werden. Bedeutet dies, dass in unseren Spitälern der Patient nicht mehr in erster Linie nach medizinischen Kriterien behandelt wird, sondern nach ökonomischen? Konkret: Kann bei einer festgelegten Pauschale den individuellen medizinischen Bedürfnissen der Patienten Rechnung getragen werden?

Ja, das muss möglich sein. Oberste Priorität hat nach wie vor die Behandlung nach medizinischen Kriterien. Es sollen ja nicht Behandlungen rationiert werden. Die Wirtschaftlichkeitsreserven können und sollen durch besser abgestimmte und effizientere Behandlungsabläufe genutzt werden.

Was aber auch die Qualität negativ beeinflussen könnte. Was bringt DRG dem Patienten?

Es ist richtig, dass Befürchtungen bestehen, dass es durch den Wechsel auf eine Vergütung nach Fallpauschalen zu einem Qualitätsabbau kommen könnte. Das muss unbedingt verhindert werden. Nach wie vor gilt: Qualität kommt vor Kosten.

Und was bringt DRG den Ärzten?

Vor allem wohl einen hohen zusätzlichen administrativen Aufwand, befürchte ich! Jeder einzelne Arbeitsschritt muss genau erfasst und «codiert» werden. Um die Auswirkungen des neuen Systems zu beurteilen, braucht es Zahlen um zu sehen, was sich durch die Einführung des neuen Systems für den Patienten gegenüber früher verändert hat. Wir Ärzte verlangen deshalb unbedingt eine Begleitforschung. Die Zeit drängt. Denn für eine aussagekräftige Begleitforschung muss zuerst der Ist-Zustand vor der Einführung der DRG-Pauschalen erhoben werden. Denn nur wenn wir wissen, wie die Situation heute ist, können wir Fragen beantworten wie: Wo gibt es positive, wo negative Überraschungen? Wie gerecht sind die Fallpauschalen? Was muss geändert werden usw.? Denn DRG ist ein «lernendes System» und es muss ständig angepasst werden.

Das heisst konkret?

Alle sind sich einig, dass Anpassungen am System absolut nötig sind. Um Änderungsvorschläge beurteilen zu können, braucht es bereits eine gute Erfassung des jetzigen Zustands. Mit anderen Worten: Die Begleitforschung muss spätestens am 1.1.2011 starten, ein Jahr vor Einführung der DRG.

Sind sich da alle Beteiligten einig?

Im Prinzip schon. Leider hapert es bei der Umsetzung. Bundesrat Burkhalter müsste da ein Machtwort sprechen. Schliesslich geht es um die Qualität unserer medizinischen Versorgung.

Es wird befürchtet, dass sich der mit den DRG-Pauschalen entstehende Kostendruck im Spital auf die Pflegeleistungen negativ auswirken wird. Wie beurteilen Sie diese Gefahr?

Die Gefahr besteht natürlich, deshalb müssen wir mit der Begleitforschung die Entwicklungen eines drohenden Qualitätsabbaus genau verfolgen. Den Fragen der Belastung des Pflegepersonals und der pflegerischen Betreuung muss nachgegangen werden.

In einem Moratorium verlangen Ärzte, Pflegepersonal und Patientenvertreter, die Einführung von DRG zu verschieben, bis die herrschenden Mängel behoben sind. Dabei wird unter anderem kritisiert, dass das starre Tarifsysteem künftig die Nutzung von therapeutischen Fortschritten wie Medikamente im Spital um Jahre verzögert. Wird DRG den medizinisch-therapeutischen Fortschritt hemmen oder gar verunmöglichen?

Die Gefahr ist tatsächlich nicht von der Hand zu weisen. Es wird beispielsweise zwei bis drei Jahre dauern, bis neue, innovative Medikamente und Therapien in die Berechnung der Fallpauschalen aufgenommen werden. Das würde zu einer Hemmung des medizinischen Fortschritts führen. Damit das keinesfalls passiert, müssen ergänzende Rahmenbedingungen geschaffen werden. Wir fordern: Zusatzentgelte für in den DRG-Pauschalen nicht oder ungenügend abgebildete Behandlungen und neue Medikamente. Analog dem deutschen DRG-Modell. Heute sind Zusatzentgelte bei uns (noch) nicht vorgesehen, aber wir Ärzte werden dafür kämpfen!

Können Sie das etwas genauer erklären?

Fallpauschalen werden aufgrund effektiver Kosten berechnet. Wenn nun neue, bessere aber teurere Medikamente, Geräte und Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, sind diese Kosten in der Pauschale nicht enthalten und die DRG-Pauschalen müssen angepasst werden. Für diese Übergangszeit bis zur Anpassung der Pauschalen braucht es Zusatzentgelte, um einen «Innovationsstau» zu vermeiden.

Dadurch entstehen allerdings Mehrkosten ...

Wie gesagt, DRG ist kein Kostensenkungs-Programm zulasten der Qualität und des Fortschritts. Allerdings ist nicht alles, was neu ist, auch besser. Erweist sich z. B. ein neues Medikament oder eine neue Therapie als effizienter und besser, wird sie in die Fallpauschalen eingebaut, andernfalls nicht. Das ist der Sinn eines „lernenden Systems“.

Besteht nicht die Gefahr, dass DRG das Zweiklassensystem im Spital stark fördert? Patienten, die nur grundversichert sind, werden mit den kostengünstigeren «altem Methoden» therapiert, Zusatzversicherte kommen in den Genuss der fortschrittlichen neuen Methoden, die nicht in die Fall-pauschalen mit eingeschlossen sind?

Die Gefahr der Zweiklassenmedizin besteht immer, hat aber mit DRG nur bedingt zu tun. Wie schon betont, wollen wir Ärzte die Qualität der Behandlung weiterhin an erster Stelle sehen. Beispielsweise kann ein neues Medikament zwar bedeutend teurer sein, der Nutzen aber viel grösser. Der Nutzen einer Behandlung oder eines Medikamentes muss auf der Basis der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten beurteilt werden. Diese Sichtweise fehlt jedoch bisher im schweizerischen Gesundheitswesen vollständig.

Wer kann dafür sorgen, dass die erwähnten, für die Patienten nach-teiligen

Mängel noch rechtzeitig vor dem 1.1.2012 behoben werden? Braucht es dazu politischen Druck?

Ja, es braucht politischen Druck, um die Gefahr eines Qualitätsabbaus zu verhindern. Die swissDRG AG hat den Auftrag, die Einführung von DRG umzusetzen. In diesem Gremium sind alle Partner im Gesundheitswesen vertreten. Dort muss man seine Anliegen einbringen und durchsetzen.

Können Sie uns zusammenfassend die Forderungen der Ärzteschaft darlegen?

Wir brauchen zwingend eine Begleitforschung ab 1.1.2011 sowie Zusatzentgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie für neue und teure Medikamente. Nur so lässt sich die Qualität grundsätzlich sichern. Weiter: DRG muss als «lernendes System» verstanden und umgesetzt werden und die Anreize sind so zu setzen, dass auch die Aus- und Weiterbildung weiterhin gewährleistet ist. Für diese Qualität im DRG-System wird sich die schweizerische Ärzteschaft entschieden einsetzen.

Was Sie wissen müssen

SwissDRG ist das neue Tarifsysteem, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes KVG die Abgeltung für stationäre Spitalleistungen mittels Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt. Wir zahlen in Spitälern ab 1.1.2012 also nicht mehr Tagespauschalen, sondern Fallpauschalen je nach Krankheit. Das ärztliche und pflegerische Behandlungssystem bleibt gleich; eine hohe Qualität soll nach wie vor an erster Stelle stehen. Geld soll nur dort eingespart werden, wo die Qualität der Behandlung nicht darunter leidet.

© **Vista Gesundheits-Magazin**