

DRG: Ethik vs. Ökonomie? 1

Die Einführung von SwissDRG:
Kommentar von RR Carlo Conti 6

«Prix Excellence 2008» für Andrea
Strässle 7

Zum Abschied von Claude Regamey
als ZEK-Präsident 7

Wechsel im Präsidium der Zentralen
Ethikkommission 8

Einsetzung einer Subkommission
zur Klinischen Ethikberatung 8

Prof. Peter Suter neuer Präsident
der akademien-schweiz 8



DRG: Ethik vs. Ökonomie?

Die Einführung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) in der Schweiz stellt einen Systemwechsel dar: Nicht mehr Betten- und Infrastrukturplanung stehen im Vordergrund, sondern eine leistungsbezogene Abgeltung, die sich an den für die jeweilige Diagnose definierten Durchschnittsaktivitäten orientiert. Von diesem Systemwechsel erhofft man sich markante Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig werden aber Befürchtungen laut, dass DRG's zu einer Abnahme der Behandlungsqualität führen können. Im folgenden Beitrag stellen Dr. Verina Wild, lic. phil. Eliane Pfister und Prof. Nikola Biller-Andorno vom Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich die Hintergründe der DRG-Einführung dar, beleuchten mögliche Konsequenzen für PatientInnen und Gesundheitsfachleute und erläutern die Notwendigkeit einer ethischen Begleitforschung.

Diagnosis Related Groups (DRG), oder Diagnose-bezogene Fallpauschalen, sind ein prospektives Abrechnungssystem für Akutspitäler mit dem Ziel, Anreize für eine kosteneffiziente Spitalversorgung zu setzen. Im Jahre 1967 hatten Wissenschaftler der Yale Universität um Robert B. Fetter die DRG als Instrument der Qualitätssicherung entwickelt. In den 1980er Jahren wurden die DRG erstmalig als Abrechnungssystem im Rahmen des staatlichen Medicare Programmes eingesetzt, welches die Gesundheitsversorgung bei über 65-Jährigen finanziert (Fetter, Freeman et al. 1985).

Der Einsatz von DRG wurde frühzeitig von kritischen Stimmen begleitet. So diskutierten Dolenc und Dougherty im renommierten Hastings Center Report, ob es

sich bei dieser Entwicklung um eine «Konterrevolution» zum vormaligen als revolutionär geltenden Umbau hin zum solidarischen Gesundheitssystem handle (Dolenc/Dougherty 1985).

Heute nutzen neben den USA bereits mehrere Länder, darunter Australien, Kanada, Japan, Grossbritannien, Frankreich, Spanien und die skandinavischen Länder jeweils an ihre landesspezifischen Verhältnisse angepasste DRG für die Spitalleistungsabrechnung. In Deutschland wird seit dem Jahre 2004 in Akutspitälern auf der Grundlage der sogenannten G-DRG (German DRG) abgerechnet¹. Im Jahre 2006 wurde das deutsche DRG-System inklusive aller Rechte zu Weiterentwicklung und Modifizierung an die Schweiz verkauft.

weiter auf Seite 2

¹ Die G-DRG waren auf der Basis des in Australien genutzten AR-DRG-Systems entwickelt worden.



Prof. Peter M. Suter,
Präsident

Wir brauchen ein besseres Finanzierungsinstrument für unsere Akutspitäler

Die Schweiz steht vor der Einführung eines neuen Abgeltungssystems für die Leistungen der Akutspitäler, den sog. Fallpauschalen oder DRG's. Die bisher angewandten Abrechnungsmethoden waren offensichtlich nicht ideal, da sie eine ökonomisch sinnvolle Nutzung von Spitalbetten, Personalressourcen und anderen Spitalleistungen kaum unterstützten. Fallpauschalen sind dafür (zumindest theoretisch) besser geeignet, auch weil sie eine vermehrte

Transparenz und Möglichkeiten zu Vergleichen verschiedener Krankenhäuser gestatten. Dies gilt allerdings nur, falls nicht nur die potentiellen Vorteile, sondern auch die Gefahren und Nachteile im Auge behalten werden. Mit der erhofften kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten wird der Bedarf an Folgebetreuung zunehmen, ebenso die Belastung des Spitalpersonals.

Die Gefahr bei jedem neuen System ist gross, dass es vor allem kritisiert wird, während die guten Seiten weniger Beachtung finden. Deshalb braucht es auch eine wissenschaftliche Analyse der Qualitätsaspekte und Outcome-Elemente. Dazu gehören sowohl die subjektive Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen, wie auch die Beurteilung der Resultate durch die Pflegenden, Ärzte und Sozialwissenschaftler. Da das neue System besonders in finanzieller Hinsicht einen Nutzen bringen soll, sind ethische Fragen ein Kernstück der Begleitforschung.

Was zeichnet ein gutes und gerechtes System in diesem kostenintensiven und sensiblen Bereich aus? Es soll so konzipiert sein, dass es einerseits bei jeder Krankheit und für alle Patientengruppen ein gutes Behandlungsergebnis fördert, andererseits aber auch den Anforderungen eines ökonomisch tragbaren Gesundheitswesens genügt. Um nicht mehr akzeptable Kostensteigerungen und eine drohende Rationierung zu vermeiden, ist eine Änderung der bisherigen Leistungsvergütung an den Spitalern notwendig. Der im Moment vorgezeichnete Weg ist nicht der schlechteste. Eine objektive, interdisziplinäre und präzise Analyse der Resultate der neuen Tarifstruktur ist aber unerlässlich, damit nötige Adaptationen eingefügt und so schliesslich ein für unser Land optimales System entwickelt werden kann.

Im Charles Darwin-Jahr lässt sich vielleicht eine seiner Aussagen auch auf die Leistungserbringer und anderen Partner in der Spitalpflege anwenden: *It is not the strongest of the species that survives, not the most intelligent, but the one most responsive to change.*»

Derzeit unterliegt das System einem Helvetisierungsprozess. Das Schweizerische Parlament hat am 21. Dezember 2007 mit der Annahme der Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung beschlossen, bis am 1. Januar 2012 einheitliche Diagnose-bezogene Fallpauschalen als Abrechnungssystem für Akutspitäler in allen Kantonen² einzuführen.

Im Januar 2008 wurde in diesem Zusammenhang die gemeinnützige SwissDRG Aktiengesellschaft gegründet³. Aufgabe der SwissDRG AG ist die «Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der gesamtschweizerischen Tarifstruktur für die Einführung eines schweizweit einheitlichen, umfassenden pauschalen Leistungsabgeltungssystems für Spitalaufenthalte im stationären akut-somatischen Bereich».

Der Schweizer Kontext

Bei der Einführung der DRG handelt es sich um weit mehr als die Neueinführung eines blossen Patientenklassifikationssystems. Der Systemwechsel bettet sich in einen umfassenderen Kontext ein, als ein neues Abrechnungssystem dies zunächst vermuten lassen würde:

- Seit 10–20 Jahren wird in der Schweiz eine zunehmend intensivere Diskussion um steigende Kosten im Gesundheitswesen und deren Bezahlbarkeit geführt (Kocher 2004), begleitet von einer Debatte um die Notwendigkeit von Rationierungs- und Rationalisierungsmassnahmen (Zimmermann-Acklin/Halter 2007).
- Überkapazitäten an Krankenhäusern und Krankenhausbetten werden als einer der «Kostentreiber» genannt, neben weiteren Faktoren wie demographische Entwicklung, medizinisch-technischer Fortschritt, Anspruchsdenken der Patientinnen und Patienten und Angst vor Haftpflichtprozessen (Streit 2000).
- Die Einführung ökonomischer Steuerungselemente gewinnt in unterschiedlichen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen der Krankenversorgung an Bedeutung (Managed Care-Modelle wie HMOs, Pay for Performance, Risikopools etc.)⁴

2 Einzelne Spitäler in einigen Kantonen (AG, BE, GR, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG, ZH) wenden bereits Fallpauschalen zur Abrechnung an. Bislang kam hierfür eine adaptierte Version der ursprünglich aus den USA stammenden AP-DRG zum Einsatz, welche nun durch die G-DRG ersetzt wird.

3 Vgl. www.swissdrg.org

4 Vgl. Oggier W, Walter A, Reichlin S, Egli M (Hrsg): Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch, 2008, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG. Auch die Kontroverse um die Vertragsfreiheit und die Diskussion um den Volksentscheid zum Verfassungssartikel für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Krankenversicherung am 1. Juni 2008 sind in diesem Kontext zu sehen.

Diese Entwicklungen sind nicht ohne Implikationen für das professionelle Selbstverständnis und das ärztliche Ethos geblieben. So ist gemäss Standesordnung FMH der Arzt nicht nur auf das Wohl seiner Patienten verpflichtet, sondern zugleich – seit einer entsprechenden Ergänzung im Jahr 2003 – explizit an das «Gebot kosteneffizienter Medizin» gebunden.⁵

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass es bei der Einführung der Fallpauschalen zwar auch um Transparenz von Abrechnungsdaten geht, aber sicher nicht nur. Diese wird vielmehr als Voraussetzung gesehen für «Vergleichbarkeit und damit einen kontrollierten Wettbewerb unter den Leistungserbringern. Das System [der Fallpreispauschalen] kann aber auch den Kantonen als Planungsinstrument dienen und den Spitälern als Ergänzung ihrer internen Führungsinstrumente.» (Conti 2004). Dabei haben die DRG als integraler Bestandteil der Teilrevision des KVG das erklärte Ziel, «[...] die Anreize konsequent auf das Ziel der Kostendämmung auszurichten.»⁶

Die Einführung der DRG soll zusammengefasst also folgenden Zielen dienen:

- Vollständige Dokumentation von Diagnosen und Leistungen und somit Transparenz von Abrechnungsdaten,
- Möglichkeit des Benchmarkings und Controllings,
- Anreiz für Wettbewerb unter den Spitälern,
- Kostenmanagement.

Um der Gefahr zu begegnen, Kosteneinsparungen könnten zu Lasten der Behandlungsqualität erfolgen, wird mit der Einführung der Fallpauschalen eine verbesserte Qualitätsmessung und -sicherung gefordert.

Was verändert sich gegenüber der bisherigen Situation?

Was genau geschehen wird, wenn in der Schweiz nicht nur einzelne Spitäler DRG zu Abrechnungszwecken nutzen, sondern einheitliche Fallpauschalen auf nationaler Ebene als Steuerungsinstrument mit dem Ziel der Kostendämmung eingesetzt werden, ist angesichts vieler Einflussfaktoren schwer vorherzusagen.

Zur Orientierung mag der Vergleich mit anderen Ländern dienen, etwa mit Deutschland. Während die Fallpauschalen dort besonders von ärztlicher Seite heftig kritisiert wurden, wird das Produkt «German DRG» auf gesundheitspolitischer Ebene durchaus als Erfolgsmodell verstanden.⁷

Allerdings ist die in Deutschland in das G-DRG-System inbegriffene, gesetzlich vorgeschriebene offizielle Begleitforschung zur Erfassung bzw. Vermeidung qualitativer Einbussen bisher nicht in zufrieden stellendem Masse angelaufen (Braun, Buhr et al. 2008). Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) selbst veröffentlicht unter dem Stichwort Begleitforschung lediglich Zahlen über Krankenhausstrukturdaten und Falldaten.⁸

Doch selbst wenn es umfassende Ergebnisse aus Deutschland gäbe, wären sie nicht unbedingt übertragbar aufgrund von Unterschieden im Gesundheitssystem, der wirtschaftlich-politischen Ausgangslage und kulturspezifischen bzw. historischen Hintergründen. Zudem werden die Veränderungen komplex sein. Die DRG können nicht als Einzelphänomen vom Kontext gelöst isoliert betrachtet werden.

Folgende grundsätzliche Überlegungen scheinen aber angebracht: Wenn man die Einführung der DRG als Ausdruck eines «Paradigmenwechsels» im Sinne einer Ökonomisierung des Gesundheitswesens verstehen darf⁹, welche wünschbaren und welche unerwünschten Konsequenzen wird dieser Wandel mit sich bringen?

In welcher Weise wird ärztliches Denken und Handeln beeinflusst werden, wenn Begriffe und Konzepte wie «Prozessoptimierung», «Effizienzsteigerung» und «Kundenakquise» im ärztlichen Alltag prominenter werden als bisher (Binswanger 2007)?¹⁰ So bezeichnete z.B. Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG in Deutschland, auf einer Informationsveranstaltung zu DRG die auf Vertrauen basierende Arzt-Patienten-Beziehung als überkommenes und veraltetes Modell und entwarf eine Vision autonomer «Medizinnutzer», die sich zur Steigerung des individuellen Glücks mit den neuesten medizinischen Innovationen ausstatten möchten.

Wie werden sich die Bemühungen um Kostendämmung und den Abbau von Überkapazitäten auf eine solidarische Gesundheitsversorgung auswirken, die Allen gleichen Zugang zu einer hochqualitativen Grundversorgung zuspricht? So hat eine Studie in den USA gezeigt, dass die Abrechnung mit Fallpauschalen Spitäler in Ballungszentren bevorzugte, die «lukrative» DRG abrechnen konnten. Ländliche Spitäler, die durch ihren Versorgungsauftrag grössere Reservekapazitäten vorhalten mussten und dabei gleichzeitig keine Auswahl nach Lukrativität vornehmen können, waren dadurch benachteiligt (Gianfrancesco 1990).

weiter auf Seite 4

5 Vgl. Art. 3 Abs. 2 der Standesordnung, www.fmh.ch/de/data/pdf/standesordnung_2008.pdf.

6 Botschaft des Bundesrates betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Spitalfinanzierung) vom 15. September 2004, BBl 2004 5551, S. 5555.

7 Vgl. etwa Süddeutsche Zeitung: Von der Chaosreform zum Exportschlager, 18.8.2008.

8 www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Begleitforschung_gem._17b_Abs._8_KHG.

9 Vgl. Titel der Jahrestagung 2007 der Schweizer Spitäler und Kliniken: Paradigmenwechsel im Schweizer Gesundheitswesen – DRG als Instrument zu Prozessoptimierung. Der Vortragstitel eines Vertreters der Porsche Consulting GmbH hiess entsprechend: Die Porsche Therapie – Klinische Prozesse nach dem Vorbild der Automobilindustrie (www.euroforum.ch/DATA/pdf/P5100222.pdf).

10 www.gesundheitssymposium.ch/pflege_vortraege/chancen_risiken_und_tendenzielle_folgen.pdf.

Was sind mögliche Konsequenzen für die PatientInnen einerseits und für die Gesundheitsfachleute andererseits?

Eine Metaanalyse der vornehmlich US-amerikanischen Daten verweist auf folgende mögliche Konsequenzen des Fallpauschalensystems (Lenk, Biller-Andorno et al. 2005):

- Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer,
- erhöhter Pflegebedarf bei Entlassung,
- Veränderung der medizinischen Infrastruktur, z.B. Abnahme von vorgehaltenen Betten auf Intensivstationen,
- Steigerung der Mortalitätsrate in Pflegeheimen durch Verlagerung des Sterbeorts,
- Verschlechterung des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Entlassung (Stichwort «blutige Entlassungen»).

Weitere häufig genannte Befürchtungen sind:

- «Drehtüreffekt»: Wiederaufnahme der Patienten nach kurzer Zeit aufgrund von frühzeitiger Entlassung in instabilem Zustand;
- Sequenzialisierung von Behandlungen: pro Krankenhausaufenthalt wird nur eine Hauptdiagnose behandelt, komplexe Krankheitsbilder werden in mehrere Hauptdiagnosen zerlegt, die dann einzeln behandelt und verrechnet werden können;
- «Rosinenpickerei»: Patientenselektion zur Aufnahme besonders lukrativer Patienten;
- Erhöhter Dokumentationsaufwand, der einerseits die Zeit mit den Patienten zu ihrem Nachteil minimiert und andererseits einen unverhältnismässigen Verwaltungsapparat verursacht (eine «Abrechnung» für die Zeit für Gespräche und Aufklärung ist im DRG-System nicht vorgesehen);
- Verschiebung von Versorgungsbedarf in die nachsorgenden Einrichtungen, weil die Krankenhäuser Patienten möglichst früh entlassen. Diese Einrichtungen sind kapazitäts- und kompetenzmässig jedoch nicht auf den erhöhten Bedarf ausgerichtet.

Die Datenerhebung zur Patientenversorgung ist allerdings nicht unproblematisch: Aus Deutschland sind beispielsweise bisher keine verlässlichen und insgesamt nur wenige und dabei widersprüchliche Daten erhältlich. Es ist aber auch fraglich, ob es überhaupt möglich ist, nachweisbare Veränderungen durch DRG aufzuzeigen. Aufgrund der komplexen Veränderungen auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung wird diese monokausale Zuschreibung wohl kaum möglich sein.

Was sich dagegen in Studien in Deutschland klar erwiesen hat, sind die Auswirkungen auf die Gesundheitsfachleute. Die Ergebnisse sind alarmierend. So wird in einer ausführlichen qualitativen Interviewstudie eine extreme Arbeitsverdichtung durch die DRG-induzierten Steuerungs- und Wettbewerbsstrukturen beschrieben. Ihr folgt ein Verlust der Arbeitsmotivation: Die Betroffenen gehen innerlich «auf Distanz» zu ihrer Arbeit, die Patienten geraten aus dem Blick, und «das Lächeln geht verloren» (Manzeschke 2006).

Eine gross angelegte Längs- und Querschnittsstudie «Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System» (WAMP) des Wissenschaftszentrums Berlin und der Universität Bremen macht die Spannungen zwischen dem Berufsethos einerseits und dem realen Handeln im Anreiz- und Sanktionssystem andererseits deutlich. Dabei sind ärztliche und pflegerische Entscheidungen de facto vom ökonomischen Rentabilitätskalkül motiviert, werden aber u.a. gegenüber den Patienten als medizinische Notwendigkeit ausgegeben (Buhr/Klinke 2006; Klinke/Kühn 2006; Klinke 2008). Zudem hat sich gezeigt, dass die Zahl der Pflegenden in Deutschland seit Einführung der DRG kontinuierlich zurückgegangen ist. Dabei nahm der Anteil der direkten Arbeit am Patienten an den pflegerischen Tätigkeiten ab (Bartholomeyczyk 2007).

Was erhofft man sich von einer ethischen Begleitforschung?

Die Einführung neuer Finanzierungsinstrumente im Gesundheitswesen hat einen bislang oftmals unterschätzten experimentellen Charakter. Nur durch sorgfältige, standardisierte Begleitung, wie sie etwa für die Arzneimittelforschung bereits üblich ist, können Auswirkungen und Implikationen angemessen erhoben werden. Eine «ethische Begleitforschung» zur Einführung der Fallpauschalen, wie sie vor kurzem auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin dezidiert gefordert hat (NEK 2008), wird derzeit konzipiert (Wild/Biller-Andorno 2008)¹¹. Dabei ist Folgendes deutlich geworden:

- Wenn man die Einführung der DRG adäquat begleiten möchte, kann man sich nicht auf die Erhebung von Fallzahlen, Morbiditäts- und Mortalitäts- und Komplikationsraten beschränken. Für eine in ethischer Hinsicht bedeutsame Begleitforschung müssen weitere Kriterien evaluiert werden, wie etwa Arbeitszufriedenheit von Ärzten und Pflegenden, Zeit für Gespräche im Team, mit Patienten und Angehörigen, das Auftreten von Interessenkonflikten (z.B. Patientenwohl vs. wirtschaftlicher Erfolg des Hauses) sowie die Frage nach dem Zugang zu Gesundheitsversorgung für bestimmte Patientengruppen.
- Es ist ebenfalls notwendig, das Verhältnis von ethischer Begleitforschung und der in seiner Notwendigkeit unbestrittenen Qualitätssicherung zu definieren. Was verstehen die verschiedenen Akteure (Medizin, Pflege, Verwaltung, Patienten, Gesundheitspolitik, Versicherer etc.) unter Qualität und wie sollte sie auch aus ethischer Perspektive definiert werden? Neben der Frage, welche Facetten und Elemente hinsichtlich Qualitätssicherung und ethischer Begleitforschung berücksichtigt werden müssen, stellt sich darüber hinaus auch die Frage danach, wie sie ineinander greifen sollen. Zusätzlich zu definitorischen und normativen Fragen müssen also auch methodische Instrumente und prozedurale Strategien entwickelt werden.

¹¹ Vgl. auch www.research-projects.uzh.ch/p9185.htm.

¹² Diesen wichtigen Aspekt hebt auch die NEK in ihrer Stellungnahme hervor (NEK 2008).

- Voraussetzung für eine empirisch informierte Begleitforschung sind dabei Daten aus der Versorgungsforschung. Dabei kann die Ethik helfen, auf «hot spots», besonders heikle Bereiche, hinzuweisen also z.B. in qualitativen oder quantitativen Studien mit Gesundheitspersonal zu erarbeiten, in welchen Bereichen die Erhebung bestimmter Parameter aus ethischer Sicht von besonderer Bedeutung ist (z.B. die Frage nach der Auswirkung der unteren Grenzverweildauer in der Pädiatrie).

Ethische Begleitforschung wird also, wenn sie wirksam sein möchte, eng mit empirischen Disziplinen zusammenarbeiten und adäquate Gefässe für ihre nachhaltige Etablierung suchen müssen. So wird sie beispielsweise die Frage nach der Arbeitssituation aufwerfen¹² und analytische und normative Aspekte beitragen: Wie wirken sich die unter DRG-Bedingungen beobachtete Arbeitsverdichtung und Effizienzsteigerung auf die Arbeitsumgebungsqualität aus? Inwieweit liegt ein Dissens zwischen idealisiertem und realem «Arzt-Ich» / «Pfleger-Ich» vor? Wie wird das Erleben dieser etwaigen Doppelwelt von den einzelnen Akteuren beschrieben? Wie ist mit dieser Problematik auf institutioneller Ebene umzugehen? Welche konkreten Mechanismen erlauben Prävention und kontinuierliches Monitoring? Um diese Fragen differenziert bearbeiten und Befunde kritisch diskutieren zu können, ist der Austausch mit DRG-Experten und Gesundheitsökonomen unverzichtbar.

Darüber hinaus wirft die Einführung der Fallpauschalen ganz grundsätzliche Fragen auf, die die Medizin stets begleiten: Was macht eine gute Ärztin bzw. einen guten Arzt aus? Wie ist mit der Spannung von Kosteneffektivität und Patientenwohl bzw. Versorgungsgerechtigkeit auf individueller, institutioneller und gesundheitspolitischer Ebene umzugehen? Ethische Begleitforschung kann diesen normativen Diskurs durch konkrete empirische Daten sowie eine Synopsis und kritische Evaluation von Argumenten aus den Perspektiven der verschiedenen Stakeholder entscheidend bereichern.

*Dr. Verina Wild,
lic. phil. Eliane Pfister,
Prof. Nikola Biller-Andorno, Zürich*



Verina Wild ist Oberassistentin am Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich; zuvor hat sie an einem deutschen Spital auf einer interistischen Abteilung als Assistenzärztin gearbeitet.



Eliane Pfister ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich.



Nikola Biller-Andorno ist Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich und Mitglied der Zentralen Ethikkommission der SAMW.

Literatur

- Bartholomeyczik (2007). «Reparaturbetrieb Krankenhaus. DRGs und ihre Auswirkungen aus Sicht der Pflege. Langfassung des Artikels aus Dr. med. Mabuse Nr. 166, März/April 2007». from http://mabuse-downloads.de/zeitschrift/166_Bartholomeyczik.pdf.
- Binswanger, R. O. (2007). «Ärztliches Denken und Handeln im Spital im Wandel.» Schweiz. Ärztezeitung 2007(08): 318–321.
- Braun, B., P. Buhr, et al. (2008). «Ausser Spesen nichts gewesen ... oder ein (fast) gescheitertes Experiment der Politikfolgenanalyse.» Dtsch Arztebl 105(14): A 732–A736.
- Buhr, P. and S. Klinke (2006). «Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung. Eine vergleichende Auswertung von vier Fallstudien.»
- Conti, C. (2004): «Start mit klarem Ziel vor Augen.» Newsletter SwissDRG 01: 1.
- Dolenc, D. A. and C. J. Dougherty (1985). «DRGs: The Counterrevolution in Financing Health Care.» The Hastings Center Report 15(3): 19–29.
- Fetter, R. B., J. L. Freeman, et al. (1985). «DRGs: how they evolved and are changing the way hospitals are managed.» Pathologist 39(6): 17–21.
- Gianfrancesco, F. D. (1990). «The fairness of the PPS reimbursement methodology.» Health Serv Res 25(1 Pt 1): 1–23.
- Klinke, S. (2008). Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus. Berlin, Pro Business.
- Klinke, S. and H. Kühn (2006) Auswirkungen des DRG-Entgeltungssystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Zusammenfassung der Ergebnisse und Dokumentation der Daten einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004.
- Kocher, G. (2004). «Zweitbestes Gesundheitswesen der Welt.» Schweizerische Ärztezeitung 85(40): 2142–2144.
- Lenk, C., N. Biller-Andorno, et al. (2005). «Ethics and diagnosis related groups.» Dtsch Med Wochenschr 130(27): 1653–5.
- Manzeschke, A. (2006). «Wenn das Lächeln verloren geht». Beobachtungen zu Profession und Ethos in den Gesundheitsberufen. Sozialer Sinn. Zeitschrift für hermeneutische Sozialforschung 2(7): 251–72.
- Moscho, A., M. Rowold, et al. (2006). «Universitätsklinikum Freiburg: Schlankheitskur mit Modellcharakter.» Dtsch Arztebl 103(7): 390.
- Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) (2008). Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern. 15/2008. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Streit, R. (2000). «Warum steigen die Kosten im Gesundheitswesen überproportional an?» Schweizerische Ärztezeitung 81(40): 2263–2267.
- Wild, V. and N. Biller-Andorno (2008). «Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik.» Schweiz. Ärztezeitung 89(9): 361–365.
- Zimmermann-Acklin, M. and H. Halter (2007). Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz. Basel, EMH – Schweizerischer Ärzteverlag.

Die Einführung von SwissDRG



*Kommentar von Regierungsrat Dr. Carlo Conti
Vorsteher Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
Verwaltungsratspräsident der SwissDRG AG
und Vizepräsident der GDK*

Ab 1. Januar 2012 werden akutstationäre Spitalleistungen mit einem schweizweit einheitlichen Fallpauschalensystem (SwissDRG) abgegolten.

SwissDRG bringt *Vorteile* auf mehreren Ebenen:

Durch die Einführung von SwissDRG wird das Finanzierungssystem grundlegend geändert. Die Vereinheitlichung mittels SwissDRG ermöglicht mehr Transparenz im Spitalwesen und führt zu plausiblen Leistungs-, Kosten- und Preisvergleichen. Zudem setzt ein schweizweites DRG-System auch die finanziellen Anreize richtig und gewährleistet den Wechsel hin zu einem System mit echter Preisverhandlung und -findung zwischen Versicherern und Spitälern. Zum einen ist ein solches System um einiges «gerechter» und zum anderen erhalten die Spitäler auch mehr unternehmerische Verantwortung. Sie werden sich vermehrt auf ihre Stärken besinnen und sich zunehmend spezialisieren müssen, wovon man sich wiederum deutliche Qualitätsverbesserungen versprechen kann. Den Kantonen bietet SwissDRG ein Steuerungsinstrument für die Versorgungsplanung und Erteilung von Leistungsaufträgen. SwissDRG bringt einen Paradigmawechsel weg vom Kostendeckungsprinzip hin zur Leistungsfinanzierung. Mit dem revidierten Krankenversicherungsgesetz fallen zukünftig auch die Unterscheidung zwischen öffentlichen und privaten Spitälern und damit staatliche Defizitgarantien weg und die freie Spitalwahl wird eingeführt. Dies wird eine gegenseitige Abstimmung der kantonalen Bedarfsplanungen bedingen und Kooperationen und gemeinsame Körperschaften über die Kantonsgrenzen hinweg fördern. Die Patienten werden sich bei der Spitalwahl an qualitativ hochstehenden Leistungen orientieren, wodurch ein Qualitätswettbewerb unter den Spitälern entstehen wird. In unserer föderalistischen Struktur schaffen die DRGs die Voraussetzung für diesen Wettbewerb. Wichtig und hilfreich wird die Einrichtung einer Begleitforschung sein, dies vor allem für eine ausreichende Qualitätskontrolle.

Wie alle Tarifsysteme haben auch DRGs ihre Nachteile: Der Erfassungsaufwand in den Spitälern für Diagnosen und Leistungen steigt. Dafür erhalten Spitäler bessere Daten über ihre Aktivitäten, was wiederum dem wirtschaftlichen und medizinischen Controlling zugute kommt. Das DRG-System muss als Klassifikation auch stets weiterentwickelt werden, um mit dem medizinischen Fortschritt Schritt zu halten. Erfahrungen in anderen Ländern haben gezeigt, dass dies sehr gut funktionieren kann, sofern man die Tarifpflege einer professionellen Institution überlässt. Dazu haben wir zu Beginn des Jahres die SwissDRG AG gegründet. Diese Aktiengesellschaft

hat den Auftrag, die Einführung und Weiterentwicklung der künftig schweizweit einheitlichen Tarifstruktur sicherzustellen und setzt dafür ein Kompetenzzentrum, das sogenannte Case-Mix-Office (CMO) ein. Die Hauptaufgaben des CMO bestehen darin, Verbesserungsmöglichkeiten an der Tarifstruktur zu eruieren und auf ihre Tauglichkeit hin zu überprüfen. Diese Prüfung erfolgt mittels Berechnungen aufgrund von Leistungs- und Kostendaten einer repräsentativen Auswahl von Spitälern. Änderungsvorschläge können einerseits mittels Antragswesen von den Tarifpartnern, der Ärzteschaft und den Kantonen vorgebracht werden und andererseits direkt vom CMO erarbeitet werden.

Schliesslich führen DRG-Systeme in der Regel dazu, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer zurückgeht. Dieser Effekt ist durchaus gewünscht, denn die Aufenthaltsdauer ist hierzulande überproportional hoch. Jedoch wird man genau kontrollieren müssen, dass es nicht zu einer Häufung von zu frühzeitigen Entlassungen kommt. Die Übergangspflege muss deshalb verstärkt werden. Mit der Wahl des deutschen G-DRG Systems können wir von den Erfahrungen in Deutschland profitieren. Mit G-DRG haben wir ein System gewählt, welches unseren Bedürfnissen aus technischer Sicht am besten entspricht. Es ist mittlerweile eine sehr detaillierte Tarifstruktur, die gut dokumentiert ist und alle akut-somatischen Leistungen in Bezug zum Schweregrad des Patienten setzt. Die Anfangsschwierigkeiten der Deutschen werden uns dadurch erspart bleiben, da in Deutschland – im Gegensatz zur Schweiz – die Investitionsbeiträge in den Pauschalen nicht enthalten sind, was zu einem Investitionsstau in den öffentlichen Spitälern führte.

In diesem uns bevorstehenden Wandel darf jedoch auch der demographische Aspekt nicht vergessen gehen: In der Alters- und Alterspflegepolitik sind wir bereits mitten im Umbruch. Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz wird in den nächsten Jahren der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft noch mehr zunehmen. Es zeigt sich heute, dass auch in der Alterspolitik die richtigen Weichen bereits heute gestellt werden müssen. Die Einführung von SwissDRG zwingt die Kantone infolge hoher Aufenthaltsdauer zur Abgrenzung der Geriatrie vom Akutbereich, was vermehrt zu spezialisierten Geriatriespitälern führen wird. Pflegeheimkapazitäten müssen künftig zentraler und regionaler geplant werden, was eine grenzüberschreitende Kapazitätsplanung notwendig macht.

«Prix Excellence 2008» für Andrea Strässle

Die SAMW verlieh 2008 zum vierten und letzten Mal ihren Medienpreis «Prix Excellence». Der mit Fr. 10 000.– dotierte Preis ging an Andrea Strässle für ihren Artikel «Schmerz» in der Zeitschrift «Natürlich». Ab 2009 wird der Medienpreis der akademien-schweiz den «Prix Excellence» ersetzen. Die Übergabe des Preises erfolgte am 27. November 2008 im Rahmen der Herbstsitzung des SAMW-Senats. Nachfolgend die Dankesworte der Preisträgerin:

Ich danke der SAMW herzlich für diese Auszeichnung, mit der Sie das Bemühen von uns Wissenschaftsjournalistinnen und -journalisten honorieren, Themen der Wissenschaft zu vermitteln, zu hinterfragen und einzuordnen. Ich freue mich sehr, den diesjährigen Prix Excellence in Empfang nehmen zu dürfen.

Der Entscheid der Jury kam für mich unverhofft. Sie hat es nämlich gewagt, einen Artikel auszuzeichnen, der in einer Zeitschrift erschienen ist, die einen ihrer Themenschwerpunkte auf natürliche Heilmethoden legt – die Zeitschrift «Natürlich». Das ist nicht selbstverständlich. Ich erinnere mich gut: Als die Redaktion mich zum ersten Mal anfragte, ob ich Lust hätte, für sie zu schreiben, war ich skeptisch. Ich hatte Bedenken, ob ich als Wissenschaftsjournalistin mit naturwissenschaftlichem Hintergrund und einer gewissen Skepsis gegenüber gewissen alternativmedizinischen Methoden die richtige Autorin für diese Publikation sei. Im Gespräch mit der Redaktion hat sich aber gezeigt, dass von mir nicht erwartet würde, in meinen Artikeln einen Feldzug für oder gegen Alternativ- oder Schulmedizin zu führen, sondern



einzig, die Leser und Leserinnen fachlich korrekt, verständlich und umfassend in ein Thema – in diesem Falle «Schmerz» – einzuführen. Ich verstehe meine Arbeit für «Natürlich» deshalb als Herausforderung: Es gilt, das besondere Zielpublikum des Magazins sehr wohl abzuholen, ihm aber getrost auch eine ordentliche Portion naturwissenschaftlicher Fakten und schulmedizinischen Wissens zuzumuten.

Noch etwas anderes möchte ich anmerken: Als freie Journalistin weiss ich diesen Preis ganz besonders zu schätzen. Die Redaktionsbudgets geraten zunehmend unter Druck, die Honorare stehen immer häufiger in keinem Verhältnis zum Zeit- und Arbeitsaufwand eines sorgfältig recherchierten Wissenschaftsartikels. Freie Journalisten sehen sich zunehmend mit der grundlegenden Frage konfrontiert, ob sie ihre Recherche zwangsläufig schlanker halten und letztlich Abstriche an der Qualität ihrer Artikel machen müssen, damit Honorar und aufgewendete Arbeitszeit sich wenigstens einigermaßen die Waage halten. Gerade freien Journalisten vermag ein Preis wie der Prix Excellence deshalb – ideell wie finanziell – den Rücken etwas zu stärken. Dafür danke ich Ihnen ganz herzlich.

v. l. n. r.:
Prof. Stephanie Clarke,
Jury-Präsidentin;
Andrea Strässle,
Preisträgerin;
Prof. Peter Suter,
Präsident SAMW.



Zum Abschied von Prof. Claude Regamey als ZEK-Präsident

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) wurde von 2006 bis 2008 von Prof. Claude Regamey, Freiburg, präsiert. Das für die Kernaufgaben und das Ansehen der Akademie essentielle Gremium hat in dieser Zeitspanne eine eindruckliche Aktivität entfaltet. Ein gutes Dutzend Arbeitsgruppen der ZEK haben in ebenso vielen Themenbereichen neue Richtlinien und Empfehlungen konzipiert, Stellungnahmen zu aktuellen ethischen Fragen erarbeitet und enge Kontakte mit in- und ausländischen Kommissionen unterhalten. Diese intensiven Tätigkeiten wurden von Claude Regamey mit viel Einsatz und Gefühl geleitet und koordiniert. Mit sprichwörtlicher Energie und Durchhaltevermögen, einem klaren Weitblick, breitem Horizont und viel Menschlichkeit hat er es verstanden, die vielfältigen Aktivitäten zu steuern und wichtige Impulse zu setzen.

Claude Regamey hat unserer Akademie als ZEK-Präsident seine grossen Kompetenzen als Kliniker, aber auch seine langjährige Erfahrung als Chefarzt der Klinik für Innere Medizin in Freiburg und schliesslich seine Sensibilität als Lehrer – er ist seit 1983 Professor an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf – zu gute kommen lassen. Die in den letzten Jahren erreichten Ziele und die Glaubwürdigkeit der ZEK in der Öffentlichkeit sprechen für sich.

Wir danken Claude von Herzen und wünschen ihm viel Glück und Gesundheit für die nächsten Etappen seines Lebens. *Bon vent!*

Prof. Peter Suter,
Präsident der SAMW, Genf



Wechsel im Präsidium der Zentralen Ethikkommission

Der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat an seiner Sitzung vom 27. November 2008 Prof. Christian Kind aus St. Gallen zum neuen Präsidenten der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW gewählt. Prof. Christian Kind löst Prof. Claude Regamey aus Fribourg ab, der das Präsidium seit Januar 2006 inne hatte.

Prof. Christian Kind ist Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin. Er ist Chefarzt Pädiatrie am Ostschweizer Kinderspital St. Gallen. Christian Kind war seit 2000 Mitglied der ZEK und hat unter anderem die Subkommission betreut, welche medizinisch-ethische Richtlinien zur medizinischen Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung ausgearbeitet hat. Im Jahr 2007 wurde Christian Kind vom Senat zum Einzelmitglied gewählt. Seit Juni 2008 ist er Mitglied des Vorstands.

Christian Kind verfügt über eine breite Erfahrung als Kliniker mit einem wissenschaftlichen Schwerpunkt im Bereich der Epidemiologie vertikal übertragener Infektionen. Er zeichnet sich aus durch ein ausgeprägtes Interesse an medizinisch-ethischen Fragen. Sein Interesse gilt namentlich der ethischen Diskussion von Grenzsituationen des menschlichen Lebens.



Einsetzung einer Subkommission zur Klinischen Ethikberatung

Institutionen des Gesundheitswesens setzen immer häufiger strukturierte Verfahren, wie beispielsweise klinische Ethikkommissionen, -foren oder professionelle Ethikberater, für ethische Fallbesprechungen ein. Umfragen der SAMW an den Schweizer Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Institutionen der Rehabilitation aus den Jahren 2002 und 2006 bestätigen diesen Trend. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW unterstützt diese Entwicklung und möchte mit Richtlinien oder Empfehlungen einen Beitrag zur Qualität und Nachhaltigkeit der klinisch-ethischen Entscheidungsfindung leisten. Die Richtlinien oder Empfehlungen sollen sich insbesondere zur Rolle der Ethikberatung im Spital, den Aufgaben und Grenzen der Ethikberatung und zur Qualitätssicherung äussern.

Die ZEK hat eine Subkommission «Klinische Ethikberatung» eingesetzt, welche von Dr. Samia Hurst aus Genf geleitet wird. Ihr gehören ausserdem folgende Persönlichkeiten an: Dr. Christoph Arn, Zürich, PD Dr. Georg Bosshard, Zürich, Jacques Butel, Genf, Dr. Charles Chapuis, Bern, Dr. Carlo Foppa, Lausanne, Irma Graf, St. Gallen, Prof. Annemarie Kesselring, Bern, Prof. Roberto Malacrida, Lugano, Dr. Barbara Meyer-Zehnder, Basel, Dr. Rouven Porz, Bern, Prof. Markus Wolfensberger, Basel, lic. iur., MAE, Michelle Salathé, Basel.

AKADEMIEN-SCHWEIZ

Prof. Peter Suter neuer Präsident der akademien-schweiz

Die Delegiertenversammlung der akademien-schweiz hat an ihrer Sitzung vom 20. Oktober 2008 Prof. Peter Suter aus Genf zum Nachfolger von Prof. René Dändliker als Präsident der Akademien der Wissenschaften Schweiz gewählt; Prof. Suter hat sein neues Amt per 1. Januar 2009 übernommen.

Peter Suter studierte Medizin in Zürich und Wien. Von 1984 bis 2005 war er Professor für Intensivmedizin in Genf. Er war mehrere Jahre sowohl Dekan der medizinischen Fakultät als

auch Vizerektor Forschung der Universität Genf. Peter Suter ist seit 2000 Mitglied und seit 2004 Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

Die akademien-schweiz danken René Dändliker für seinen grossen Einsatz für den Akademienverbund. Seinem Engagement ist es zu verdanken, dass die akademien-schweiz mit viel Elan gestartet sind und durch vielseitige Aktivitäten an Wahrnehmung gewonnen haben.



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.

Auflage: 3000
(2200 deutsch,
800 französisch).

Herausgeberin:
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW
Petersplatz 13
CH-4051 Basel
Tel. 061 269 90 30
Fax 061 269 90 39
mail@samw.ch
www.samw.ch

Redaktion:
Dr. Hermann Amstad,
Generalsekretär

Mitarbeit:
lic. iur. Michelle Salathé,
stv. Generalsekretärin
Dr. Katrin Kuehnle,
wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung:
vista point, Basel

Druck:
Schwabe, Muttenz

ISSN 1662-6028



Mitglied der Akademien der Wissenschaften Schweiz