

Die DRG werden das Gesundheitssystem grundlegend ändern

LUC SCHENKER IST DER PRÄSIDENT DES VEREINS APDRG SUISSE, DER DIE APDRG SEIT 1997 ENTWICKELTE UND BIS ZUM HEUTIGEN TAG WEITERGEFÜHRT HAT. BIS ENDE 2006 WAR ER FINANZDIREKTOR DES UNIVERSITÄTSSPITALS (CHUV) IN LAUSANNE. GEGENWÄRTIG IST ER BEAUFTRAGTER BEIM GENERALDIREKTOR DES CHUV UND LEHRBEAUFTRAGTER AM INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIE UND – MANAGEMENT DER UNIVERSITÄT LAUSANNE. ER STELLT DAS DRG-SYSTEM VOR UND BEANTWORTET DIE FRAGEN VON « TRAIT D'UNION »¹.

HERKUNFT UND BEDEUTUNG DER DRG

Die DRG, was für « Diagnosis Related Groups » bzw. « diagnosebezogene Patienten-gruppen » steht, wurden während der 70er Jahre von Professor Robert Fetter an der Universität von Yale in den Vereinigten Staaten mit dem Ziel entwickelt, die Spitalpatientengruppen, insbesondere zum Zweck der Qualitätskontrolle, zu vereinheitlichen.

Dieses System wurde von der amerikanischen Regierung ab 1983 für die Spitalfinanzierung eingeführt. Seit dieser Zeit breitete es sich fortschreitend auch im europäischen Raum aus.

Die Diagnosegruppen bauen auf der Grundlage der Hauptdiagnose auf, ferner auf den Nebendiagnosen, die eine Komorbidität oder eine Komplikation ausdrücken und die deshalb die Klassierung des Patienten in eine Gruppe mit hohem oder weniger hohem Schweregrad nach sich ziehen, sowie auf den Operationskodes, die es wiederum erlauben, Patienten der Chirurgie von Patienten der Medizin zu unterscheiden. Entsprechend der Einteilung der DRG gibt es zwischen 600 und 1'300 Gruppen. Eine Gruppe muss gleichzeitig auf medizinischer Ebene (wo z.B. eine Herzoperation von einer Hüftprothese unterschieden werden muss) und auf ökonomischer Ebene kohärent sein.

DRG IN DER SCHWEIZ

Die DRG wurden in der Schweiz ab Mitte der 80er Jahre untersucht und waren Gegenstand eines Berichts, der zu dem Entschluss kam, dass diese Technik für die Schweiz von Interesse sei (F. Paccaud, L. Schenker, DRG, Diagnosis Related Groups: Gültigkeit, Brauchbarkeit, Anwendungsmöglichkeiten», übers. und hrsg. von Andreas Frei, Bern (etc.): H. Huber, 1990). In der Folge eines Entscheides des Bundesrates, die Erfassung von Diagnose- und Operationskodes allgemein einzuführen (Verordnung von 1997) beschloss Ende der 90er Jahre eine Vereinigung, die Vertreter der Kantone, der Spitäler und der Kranken- und Unfallversicherer umfasste, die APDRG in der Schweiz auf freiwilliger Basis einzuführen.

Die APDRG sind eine Variante der von der amerikanischen Regierung angewendeten Lösung. Sie wurden an die in der Schweiz zusammengetragenen Daten angepasst.

Im Jahr 2002 begann die Rechnungstellung nach APDRG im Kanton Waadt, der damit die erste europäische Region wurde, die die Spitalaufenthalte nach DRG fakturierte. Inzwischen werden

1 « Trait d'union » ist die Klinikzeitung der Clinique Générale Beaulieu in Genf.

sie von an die hundert Einrichtungen benutzt, entweder im Rahmen der Unfallversicherung oder im Rahmen der Krankenversicherung oder für beide.

2004 entschieden Kantone, Kranken- und Unfallversicherer, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) sowie der Schweizerische Spitalverband das Projekt SwissDRG ins Leben zu rufen, um die neue Generation von DRG für die Schweiz auszuwählen. Die Wahl fiel auf die deutschen DRG (GDRG), die sich gegenwärtig in der Phase der « Helvetisierung » befinden und ab 2010 gesamt-schweizerisch eingesetzt werden sollten, womit sie die APDRG ablösen werden.

Herr Luc Schenker, die öffentlichen Spitäler und die Einrichtungen öffentlichen Interesses des Kantons Waadt waren die ersten in der Schweiz, die die Finanzierung und die Fakturierung nach APDRG im Jahr 2002 einführten. Sie haben diese Reform ins Rollen gebracht, welche Bilanz können Sie heute ziehen?

«Die Einführung der APDRG zur Spitalfinanzierung und -fakturierung ist sehr gut verlaufen, und nach einem ersten Jahr der unvermeidbaren « Kinderkrankheiten » funktioniert das System inzwischen routinemässig zur Zufriedenheit aller Partner. Im CHUV deckt es die gesamte Fakturierung ab, einschliesslich der Privatpatienten und der Arzthonorare. In den Einrichtungen der FHV (Verband der Waadtländischen Spitäler) werden einzig die Rechnungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nach DRG ausgestellt. Das grösste Problem, das Verspätungen bei der Fakturierung nach sich gezogen hat, stellt die Kodierung der Eingriffe und der Diagnosen dar. Tatsächlich verlangt die Kodierung, dass die medizinische Akte nach einem Spitalaufenthalt zur Verfügung gestellt wird; einige Abteilungen lieferten diese Information verspätet. Die Spitäler haben sich infolgedessen verwaltungstechnisch neu organisiert; heute werden quasi sämtliche Rechnungen spätestens einen Monat nach Austritt des Patienten versandt. Was die Spitalfinanzierung angeht, erlauben die APDRG gleichzeitig den unterschiedlichen Verläufen der Spitalaufenthalte Rechnung zu tragen, wie das schon vorher der Fall war, aber auch dem Aspekt der Schwere der behandelten Patienten; der Schwere in der Hinsicht, dass jedem Patienten eine Anzahl von Punkten zugeordnet wird, die den für seine Behandlung notwendigen Ressourcen entspricht. Die Anzahl der Punkte variiert zwischen 0,126 Punkten für ein gestorbenes Neugeborenes und 38,278 Punkten für eine Knochenmarksverpflanzung. Der Durchschnittsaufenthalt beträgt 1 und basiert auf einer repräsentativen Auswahl von einer Million Spitalaufenthalten auf gesamtschweizerischer Ebene.»

Sind die DRG gleichfalls nützlich bei der internen Verwaltung eines Spitals?

«In dem Masse, in dem die DRG es erlauben, die « Spitalproduktion » zu messen, sind sie ein äusserst nützlich Instrument für die interne Verwaltung, insbesondere bei der Zuordnung der Budgets für die verschiedenen Spitalabteilungen und um sie untereinander und mit anderen Spitalern zu vergleichen.»

Wie steht es heute um die DRG auf gesamtschweizerischer Ebene?

«Mehr als hundert Spitaleinrichtungen benutzen die DRG. Die grössere Anzahl benutzt sie im Rahmen der Verträge mit der Unfallversicherung. In diesem Bereich haben auch einige Privatkliniken APDRG-Verträge unterzeichnet. Was die Krankenversicherung angeht, hat santésuisse APDRG-Verträge in den meisten romanischen Kantonen unterzeichnet sowie in der Zentralschweiz.

Seit 2006 weigert sich santésuisse, neue APDRG-Verträge abzuschliessen, um auf die SwissDRG zu warten. Dies ist bedauerlich, da die Benutzung der APDRG eine exzellente Vorbereitung auf die Bereitstellung der SwissDRG darstellt.»

In einem Dokument (dossierpolitik, 19. Februar 2007) von economiesuisse², das sich der Spitalfinanzierung widmet, wird gesagt, dass Diagnosegruppen « eine notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Strukturwandel [sind] ». Wie reagieren Sie auf eine solche Aussage?

«Das Dokument, das Sie anführen, zeigt die Nützlichkeit der DRG im Rahmen einer Ermutigung zum Konkurrenzverhalten der Spitäler unter sich auf. Es ist offensichtlich, dass die DRG ein unabdingbares, jedoch nicht ausreichendes Instrument sind, um ein Konkurrenzverhalten der Spitäler untereinander in Bewegung zu setzen. Tatsächlich erlauben es die DRG, die Spitäler untereinander mit einer gewissen Transparenz zu vergleichen. Dagegen sind die kantonalen Barrieren oder die kantonalen Planungen, die den Spielraum der Spitäler eingrenzen, gleichviel Hindernisse beim Aufbau von Konkurrenzverhalten zwischen den Spitälern, die die DRG allein nicht beseitigen können.»

Haben Ihrer Meinung nach die politischen Entscheidungsträger der Schweiz sowie die Akteure, die an der Reflexion über die Spitalfinanzierung in der Schweiz teilnehmen, heute die DRG als Planungs- und Verwaltungsinstrument voll ausgelotet?

«Seit langem schon stehen die Entscheidungsträger den DRG in der Schweiz skeptisch gegenüber, trotz der in der Schweiz durchgeführten Studien und der in anderen Ländern gemachten Erfahrungen. Es musste erst dazu kommen, dass sich Deutschland entscheidet, damit insbesondere unsere Landsleute von der anderen Seite der Saane ihre Meinung ändern und sich aktiv für die Einführung der DRG einsetzen. Die Kultur in Sachen DRG ist in der Schweiz noch relativ neu und diese Gesellschaftsgruppen weisen, wie alle Neubekehrten, den DRG Tugenden zu, die sie nicht besitzen. Wie es oft der Fall ist, haben Politiker Schwierigkeiten, sich zu entscheiden und setzen ihre Hoffnung in technische Instrumente, damit diese an ihrer Stelle entscheiden. Gestern waren die DRG verrufen, heute werden sie als der « Zaubertrank » angesehen, um die Spitalkosten zu reduzieren und morgen werden sie enttäuschen, weil die grossen, in sie gesetzten Hoffnungen sich nicht verwirklichen können werden. Letztlich muss man hoffen, dass wir in einiger Zeit in der Schweiz über einen realistischeren Massstab als den, den diese Instrumente uns bringen können, verfügen und dass wir sie korrekt benutzen werden.»

Stellen die DRG insbesondere eine Antwort für die öffentlichen Einrichtungen dar oder werden sie in Zukunft von allen Spitälern angewendet werden, einschliesslich der privaten?

«Die Einführung der DRG in den privaten Kliniken hängt von ihrem Stellenwert in der Planung der Gesundheitseinrichtungen entsprechend den Entscheidungen, die im Rahmen der Revision des KVG getroffen werden, ab. Einfacher ausgedrückt, werden die Privatkliniken auf eine KVG-Liste gesetzt und können somit durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung finanziert werden, werden diese Aufenthalte mittels DRG finanziert. Im gegenteiligen Fall, betreffen die in Rechnung gestellten Aufenthalte nur die Zusatzversicherung, könnte ein System der Einzelleistungsverrechnung weiterbestehen. Jedenfalls bleibt die Fragestellung der Arztrechnungen in den Privatkliniken bestehen. Heute fakturieren Arzt und Klinik getrennt

2 economiesuisse, dossierpolitik Nr. 3, 19. Februar 2007, S. 3

voneinander. Wird dieses System auch morgen noch fortgeführt werden können, wie das heute in Deutschland mit den Belegärzten der Fall ist, oder werden die Ärzte ausschliesslich von den Spitälern entlohnt werden, und zwar als Gehaltsempfänger oder auf der Basis von Einzelleistungsvergütung und nicht länger direkt durch die Versicherer? Diese Frage steht noch offen.»

Wie schätzen Sie die Entwicklung der DRG in der Schweiz in den kommenden Jahren ein und welche hauptsächlichsten Schwierigkeiten bremsen ihre schweizweite Einführung?

«Die Tatsache, dass die deutschen DRG für die Schweiz ausgewählt wurden, stellt eine zusätzliche Schwierigkeit für die schnelle Implementierung eines einzigen DRG-System für die ganze Schweiz dar. Tatsächlich ist die « Helvetisierung » der deutschen Lösung eine Aufgabe, die Durchhaltevermögen benötigt und zahlreiche technische Probleme aufwirft. Zu diesen Schwierigkeiten kommt hinzu, dass die fünf Partner (Spitäler, Ärzte, Kantone und Kranken- und Unfallversicherer) sich nur schwer über die Ausformulierung verschiedener Punkte des zukünftigen schweizerischen DRG-Systems einigen können, wenn es z.B. um die Fakturierung der Ärzte geht, um Rehospitalisationen, Verlegung von Patienten, dem Ort der Rehabilitation, der Mitteilung von Diagnosen an den Versicherer usw. Alle diese Schwierigkeiten zusammengenommen könnten die Bereitstellung eines einzigen DRG-Systems auf gesamtschweizerischer Ebene erheblich verzögern. Man muss in diesem Zusammenhang daran erinnern, dass die Partner (Versicherer, Ärzte und Spitäler) mehr als fünfzehn Jahre gebraucht haben, um sich über den Tarif für ambulante Leistungen TARMED zu einigen, der mit Sicherheit leichter einzuführen war als die DRG.»

Ist Ihrer Meinung nach die Bemerkung, dass eine Fokalisierung auf die Kosten allein eine Verschlechterung der Qualität nach sich ziehe, gerechtfertigt?

«Die amerikanischen Studien haben gezeigt, dass es bei der Einführung der DRG ein erhebliches Risiko gab, nämlich das der vorschnellen Rückkehr der Patienten in ihre Wohnung. Tatsächlich setzt die Spitalfinanzierung nach DRG den Spitälern den Anreiz, die Aufenthaltsdauer so gering wie möglich zu halten, und ambulant ein Maximum an diagnostischen und therapeutischen Leistungen vor und nach dem Spitalaufenthalt durchzuführen. Dadurch kann es zu vorzeitigen Austritten und Rückkehr in die eigene Wohnung kommen sowie zu Komplikationen, die Rehospitalisationen erfordern, sofern keine Qualitätsmassnahmen getroffen werden. Die Expertengruppen für Qualitätsforschung in der Schweiz sind sich dieses Problems bewusst und schlagen vor, dass vor einer allgemeinen Einführung der DRG ein Qualitätsprogramm entwickelt wird, um eben Risiken wie die der verfrühten Austritte zu vermeiden.»

Ausser Ihren Funktionen im CHUV sind Sie Lehrbeauftragter am Institut für Gesundheitsökonomie und -management der Universität Lausanne. In diesem Rahmen haben Sie kürzlich die Ergebnisse eines Forschungsprogramms, das sich über drei Jahre erstreckte, über die DRG und insbesondere ihre Einführung in der Schweiz, veröffentlicht (vgl. «Research on DRG» unter folgender Webadresse: www.hec.unil.ch/iems). Welchen Platz nehmen die DRG heute im akademischen Milieu ein und welches sind die Zukunftsperspektiven?

«Das Institut für Gesundheitsökonomie und -management befindet sich in der Tat an der Spitze der akademischen Forschung über die Spitalfinanzierungsinstrumente und insbesondere über die DRG. Leider zeigen Politiker und Fachleute des Gesundheitswesens heute nicht ausreichend Interesse, die Forschung bezüglich der DRG voranzutreiben. Sie sind sich noch

nicht darüber bewusst, dass die allgemeine Einführung der DRG in der Schweiz Probleme aufwerfen wird, für die sie heute keine Antworten haben (ungewollt negative Auswirkungen auf die Krankenversorgung, Anreiz zur Patientenselektion, unangemessene Verlagerung der Pflege auf die Rehabilitations-einrichtungen, usw.). In den anderen Ländern wurde die Einführung von DRG-Lösungen von einem Forschungsprogramm begleitet, das es den Akademikern erlaubte, die Einflüsse zu beobachten und die Entwicklung des Systems zu verfolgen. In der Schweiz interessiert sich der Schweizerische Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung nicht für die DRG, da es sich vor allem um angewandte Forschung handelt. Sie interessieren auch die Politiker nicht, da die Forschungsergebnisse nicht immer zu Lösungen führen, die kurzfristig anwendbar sind. Das ist schade, und es bleibt zu hoffen, dass sowohl auf Bundesebene wie auch auf kantonaler Ebene die Verantwortlichen in Zukunft verstehen werden, dass die Einführung der DRG von Universitätsforschern begleitet werden muss.»