



**University of  
Zurich**<sup>UZH</sup>

**Zurich Open Repository and  
Archive**

University of Zurich  
University Library  
Strickhofstrasse 39  
CH-8057 Zurich  
[www.zora.uzh.ch](http://www.zora.uzh.ch)

---

Year: 2009

---

## **Erwiderung auf Urs Gasche "DRG sind eine Mogelpackung"**

Brauer, S

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-28338>

Journal Article

Originally published at:

Brauer, S (2009). Erwiderung auf Urs Gasche "DRG sind eine Mogelpackung". *Soziale Medizin*, (1.09):14.



# DRGs sind eine Mogelpackung

## Unnötige Risiken und Kosten

Die im Zuge der neuen Spitalfinanzierung einzuführenden Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) sorgen für heisse Diskussionen. Hier die Kritik eines Befürworters solcher Pauschalen, der die in der Schweiz gewählte Lösung als Mogelpackung bezeichnet. Sein Beitrag ist u.a. eine Antwort auf Susanne Brauer und Christoph Rehmann-Sutter, die in unserer letzten Ausgabe aus ethischer Sicht schwere Bedenken gegenüber DRGs äusserten (Soziale Medizin 4.08, S. 16 ff.).

**A**b 2012 müssen alle Spitäler für Grundversicherte «diagnoseabhängige» Fallpauschalen verrechnen. Solche Pauschalen pro DRG (Diagnosis Related Group) hat man in den USA in den letzten dreissig Jahren so optimiert, dass es dort niemandem

in den Sinn käme, stattdessen die heute in der Schweiz üblichen, undifferenzierten Tagespauschalen einzuführen. Im Gegensatz zu den bei uns üblichen Tagespauschalen erlauben nämlich DRG-Pauschalen Qualitäts- und Kostenvergleiche. Manche Schweizer Spitäler fürchten solche Vergleiche, weshalb sie sich lange gegen die Einführung solcher Fallpauschalen gewehrt haben.

Doch die Pauschalen, die sie jetzt ab 2012 einführen, sind eine Mogelpackung. Nach allgemeinem Verständnis erstellen Ärzte zuerst eine Diagnose und entscheiden erst nachher über eine geeignete Behandlung. Doch zum Festsetzen der DRG-Pauschalen wird es in der Schweiz umgekehrt sein. Im Gegensatz zu den USA erstellen unsere Spitäler die Diagnose, welche die Höhe der Pauschalen bestimmt, erst am Ende des Spitalaufenthalts. Das machen die Spitäler so, welche DRG-Fallpauschalen bereits eingeführt haben, und ab 2012 werden alle so handhaben. Im Klartext: Die Schweizer Spitäler führen also keine «di-

agnoseabhängigen», sondern «behandlungsabhängige» Pauschalen ein, also solche, die von den durchgeführten Behandlungen abhängen. Das hat den grossen Nachteil, dass die Spitäler keinen Anreiz haben, Überbehandlungen wie unnötige Gebärmutter- und Mandel- oder unnötige Eingriffe mit Herzkathetern zu unterlassen. Die Betroffenen werden damit unnötigen Risiken ausgesetzt, und die Prämienzahler müssen erst noch alles zahlen.

### Anreiz zu günstiger Behandlung

Auf die Mogelpackung der angeblich diagnoseabhängigen Pauschalen sind die Ethiker Professor Christoph Rehmann-Sutter und Susanne Brauer herein gefallen. In ihrem Artikel «Was Spitalfinanzierung mit Ethik zu tun hat» (Soziale Medizin 4.08 S. 16 ff.) gehen sie voll davon aus, dass die DRG-Pauschalen davon abhängen, welche Diagnose beim Eintritt ins Spital gestellt wird: «Wenn ein Spital einen Kranken günstiger behandelt, als es nach den DRG vorgesehen wäre, erreicht es einen Gewinn, wenn es teurer behandelt, einen Verlust». Die Ethiker haben die Tatsache übersehen, dass den Patienten in der Schweiz erst am Schluss ihrer Behandlung bestimmte Diagnose-Codes zugeordnet werden, von denen dann die Höhe der Pauschale abhängt. Selbst wenn nach erfolgter Behandlung gemogelt wird, also mehr kodiert als tatsächlich behandelt, kann die nachträgliche Codierung die Behandlung nicht mehr beeinflussen, weil diese bereits vorbei ist. Ein «Upcoding» hat also, anders als die Ethiker behaupten, für die Patienten keinen «therapeutisch kontraproduktiven Anreiz» zur Folge.

Die Ethiker beanstanden an den Fallpauschalen fälschlicherweise, dass «ein Spital durch eine günstigere Behandlung Gewinn erzielen kann». Dies ist vielmehr mit den heutigen Tagespauschalen der Fall: Die meisten Spitäler erhalten von der Grundversicherung – ganz unabhängig von den nötigen Behandlungen – die exakt gleiche Tagespauschale. Spitäler haben also heute einen Anreiz, die Patienten möglichst günstig zu behandeln, sie jedoch möglichst viele Tage im Spital liegen zu lassen. Wahrlich kein patientenfreundlicher Zustand!

Die heutigen Tagespauschalen sind, wenn schon, auch ungerechter als Fallpauschalen, weil «unlukrative Patientengruppen» (so die Ethiker) für Spitäler mit den heutigen Tagespauschalen noch uninteressanter sind als für Spitäler mit Fallpauschalen.

### Qualitätsvergleiche dank DRGs

Aus ethischer Sicht sollte ins Gewicht fallen, dass Fallpauschalen endlich eine Voraussetzung schaffen, die sehr unterschiedliche Qualität der Behandlungen in verschiedenen Spitälern zu vergleichen. Darüber verlieren Professor Christoph Rehmann-Sutter und Susanne Brauer leider kein Wort. Um dieses Ziel zu erreichen, sind allerdings flankierende Massnahmen nötig, die ich in der «Sozialen Medizin» 4/07 (S. 16 ff.) dargelegt hatte. Hier nochmals die wichtigsten:

1. Die Qualität der Behandlungen zeigt sich häufig erst nach dem Spitalaustritt, vor allem wenn dieser früher erfolgt als heute. «Patient aus den Augen, aus dem Sinn», darf kein Motto der Spitalbehandlung bleiben. Deshalb sollten die Kosten für sämtliche Folgebehandlungen bis 30 Tage nach Spitalaustritt in den Fallpauschalen enthalten sein («Komplexpauschalen»). Dann hätten die Spitäler einen grossen Anreiz, PatientInnen nicht zu früh zu entlassen, sie optimal zu pflegen und sich auch nach Spitalaustritt um ihre optimale Betreuung zu kümmern. Für diese 30 Tage müssten die Spitäler als Verantwortliche und Zahlende über die Vertragsfreiheit gegenüber Pflegeinstitutionen, Reha-zentren usw. verfügen. Wenn Fallpauschalen alle Leistungen bis 30 Tage nach Spitalentlassung enthalten, würde das Argument, Pflegeleistungen seien in den Pauschalen zu wenig berücksichtigt, weitgehend obsolet. Doch so wie die Fallpauschalen im Moment geplant sind, decken sie höchstens die Kosten von Rehospitalisierungen, die innert zehn Tagen nach der Entlassung und mit der genau gleichen Diagnose erfolgen.

2. Die Spitäler sollten die Patientendaten, Angaben der erbrachten Leistungen sowie Daten zu verschiedenen Qualitätsindikatoren einer zentralen Datenbank des Bundesamts für Statistik liefern. Das Bundesamt müsste

festlegen, wie die Kodierungen und Abrechnungen landesweit statistisch erfasst und in den Spitälern mit Stichproben zu kontrollieren sind. Das ausführende Kontrollorgan muss falsche oder ungenügende Kodierungen sanktionieren können. Bisher sind weder Sanktionen noch Kontrollorgan noch erweiterte Kompetenzen des Bundesamts klar.

3. Spitalärzte sollen alle DRGs der Patienten mit ihrer Unterschrift rechtsverbindlich als korrekt bestätigen. Allein diese simple Regel hat Überkodierungen und falsche Kodierungen in den USA drastisch verringert. In der Schweiz ist dies nicht vorgesehen.

4. Jede Person, die von einem potenziellen Missbrauch oder Betrug beim Abrechnen für die Grundversicherung Kenntnis hat, soll – wie in den USA – unter Strafandrohung verpflichtet sein, bei den Behörden Anzeige zu erstatten. Auch das ist bei uns nicht vorgesehen.

5. Gleichzeitig mit der flächendeckenden Einführung der DRG-Fallpauschalen sollte eine (schon längst fällige) Institution zur Qualitäts- und Mengenkontrolle handlungsfähig sein. Mehr Wettbewerb zwischen den Spitä-

lern kann die Qualität der Behandlungen nur dann verbessern, wenn vergleichbare Daten zur Qualität der Spitalleistungen öffentlich zugänglich sind. Solche Daten haben weder Bundesrätin Dreifuss (SP) noch Nachfolger Bundesrat Couchepin (FDP), obwohl sie die Kompetenz dazu gehabt hätten, je verlangt. Erst transparente Qualitätsindikatoren sowie Vergleichsmöglichkeiten dank der Fallpauschalen werden es dem Gesetzgeber ermöglichen, zum Schutz der PatientInnen Mindeststandards festzulegen. Für diese Transparenz haben Konsumenten- und Patientenorganisationen bisher auf verlorenem Posten gekämpft.

6. DRG-Fallpauschalen sollen so bald als möglich auch für ambulante Operationen eingeführt werden, deren Anteil zunehmen wird.

URS P. GASCHÉ

Urs P. Gasche, MA, ist freier Wissenschaftsjournalist und beschäftigt sich insbesondere mit Fragen der Qualität in der Medizin. In der Eidgenössischen Arzneimittelkommission vertritt er die KonsumentInnen. [gasche@hill.ch](mailto:gasche@hill.ch)

### Erwiderung auf Urs Gasche «DRGs sind eine Mogelpackung»

Urs Gasche meint, Missverständnisse bei den Autoren des Artikels «In wessen Interesse sind die DRGs? Was Spitalfinanzierung mit Ethik zu tun hat» (Soziale Medizin 4.08, S. 16-18) auszumachen. Diese bestehen jedoch nicht. So weisen Susanne Brauer und Christoph Rehmann-Sutter ausdrücklich und mit bibliographischen Angaben auf die Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) zum Thema DRG hin, die als Grundlage ihres Artikels dient und in der dargelegt wird, dass die Haupt- und Nebendiagnosen bei Spitalaustritt bei der Zuweisung eines DRG relevant sind. Das Problem des «Upcoding» wird damit aber nicht gelöst, und auch die Gefahr einer Übertherapie, auf die Urs Gasche selbst hinweist, nicht vollends gebannt. Da nach dem

neuen Finanzierungssystem Leistungen mit einem Preis versehen werden, anstatt dass eine Kostendeckung ex post erfolgt, entstehen sehr wohl Anreize für das Spital, bei gleichbleibenden Preis die tatsächlichen Kosten zu senken, z.B. durch eine Verkürzung der stationären Verweildauer der Patientin oder des Patienten. Dies muss nicht immer im Interesse der Betroffenen liegen. Bedauerlicherweise übersieht Urs Gasche auch das Hauptanliegen der NEK-CNE sowie der genannten Autoren: eine schon jetzt beginnende Begleitforschung, die die Lernfähigkeit des DRG-Systems unterstützen könnte – und es eben nicht zu einer «Mogelpackung» werden lässt.

Susanne Brauer