

Symposium der Argomed Ärzte AG am 18.8.2011

DRG und ihre Auswirkungen auf die Hausarztmedizin

Blutige Entlassung - und kein Hausarzt?



Zusammenfassung der Referate und der Diskussion

Teilnehmer: lic. iur. Reto Dietschi, D-Consulting
 Prof. Dr. Beat Müller, Kantonsspital Aarau
 Dr. Urs Strebel, Spital Männedorf
 PD Dr. Simon Hölzer, SwissDRG
 Regierungsrätin Susanne Hochuli, Aargau
 Dr. Kurt Kaspar, Argomed Ärzte AG

Moderation: Philipp Mäder, Stv. Chefredaktor Aargauer Zeitung

Referat Herr Reto Dietschi: Was sind DRG? Wie betreffen sie die Hausärzte?

Er war in verschiedenen Funktionen bei der Helsana tätig und ist zurzeit selbständiger Berater im Gesundheitswesen. Ab September übernimmt er die Leitung der neu gegründeten Allianz der Krankenversicherer Helsana, Sanitas und Groupe Mutuel. Sein Auftrag ist, eine Grundlage für die weiteren Referate zu legen und zu erklären, was DRG eigentlich sind.

DRG sind nur ein Mittel zum Zweck. Grundsätzlich geht es um die Einführung einer neuen Spitalfinanzierung. Die Einführung ist schon seit 4 Jahren klar, weil die Räte sie bereits 2007 beschlossen haben. Ziel war, Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren, unter welchen die Spitalfinanzierung einen wesentlichen Teil ausmacht. Betroffen sind nur die stationären Leistungen. Die Kosten, die nicht vom Kanton getragen werden, werden bisher über Tagespauschalen auf die Krankenversicherer übertragen. Am meisten bekommt das Spital, welches die höchsten Kosten hat. Neu ist es kein kostenbasiertes Modell mehr, sondern ein leistungsbasiertes. Es werden medizinische Leistungen definiert (einheitlich in der ganzen Schweiz), und diesen werden Preise zugeordnet, welche den Erlös für das Spital ausmachen. Ob das Spital einen Gewinn oder einen Verlust macht, hängt von seinen Kosten ab. Um die medizinischen Leistungen zu definieren, wird ein System benötigt, das einfache Behandlungen von aufwändigen unterscheiden kann. Dafür bietet sich das System DRG an. Es ist das Mittel zum Zweck, eine leistungsbasierte Finanzierung einzuführen. Dadurch ergibt sich auch eine bessere Vergleichbarkeit und Transparenz. Betroffen ist nur die Akutmedizin, nicht die Psychiatrie, nicht die Rehabilitation und auch nicht die Palliativmedizin.

Wie funktionieren DRG? An der Basis steht die Diagnose, welche die Grundlage zur Bildung von Gruppen (Fallpauschalen) ist. Neben der Haupt- und den Nebendiagnosen wird auch die Prozedur berücksichtigt (also was im Spital gemacht wird). Aus diesen Parametern werden Fallgruppen (DRGs = Diagnosis Related Groups) mit je einem eigenen Kostengewicht (Costweight) gebildet. Dieses ist vergleichbar mit den Taxpunkten im Tarmed. Um zum Preis zu kommen, benötigt man einen Taxpunktwert. In DRG heisst dieser Baserate (Basiswert). Beispielsweise ergibt ein Spitalaufenthalt mit einer Costweight von 2.25 multipliziert mit einer Baserate von 8'000 CHF eine Entschädigung von 18'000 CHF. Es gibt mittlerweile über 1'000 Fallgruppen. Die Baserate wird zwischen Spital und Krankenversicherer ausgehandelt. Pro DRG ist eine mittlere Verweildauer definiert, beispielsweise 7 bis 12 Tage. Für Ausreisser, sogenannte Outliers, ab dem 12. Tag gibt es ein zusätzliches Entgelt (medizinische Begründung vorausgesetzt). Entsprechend gibt es Abschläge, wenn der Patient kürzer als 7 Tage bleibt. In der mittleren Verweildauer von 7 bis 12 Tagen bekommt das Spital das identische Entgelt. Vorteile der DRG sind, dass sie eine leistungsbasierte Entschädigung ermöglichen. Die schweizweit identische Tarifstruktur ergibt mehr Transparenz.

Als Gefahren werden Verlagerungen in den ambulanten Bereich genannt, bloody exits und das Upcoding, mit dem die Spitäler zu hohe Entschädigungen herausholen. Diese Effekte muss man genau beobachten. Verfrühte Entlassungen werden die Hausärzte beschäftigen. Beispielsweise werden Wundinfektionen, welche bisher im Spital behandelt wurden, in der Praxis und durch die Spitex behandelt. Auch zu frühe Verlegungen in Rehabilitationskliniken können vorkommen, womit dort längere Behandlungszeiten und höhere Kosten resultieren.

Weitere Aspekte der neuen Spitalfinanzierung sind, dass die Investitionen neu auch anrechenbar sind, was noch ein grosser Streitpunkt ist. Weiter werden Probleme beim Transport der medizinischen Informationen diskutiert. Mit der neuen Spitalfinanzierung wird auch die freie Spitalwahl (für Wahleingriffe) für die Patienten in der ganzen Schweiz propagiert. Das ist möglich, wenn das Spital auf der Spitalliste steht, nur ist die Kostenübernahme nicht immer gewährleistet. Die übernommenen Kosten richten sich nach dem Spital im Wohnkanton. Deckungslücken können also vorkommen. Hausärzte sollten ihre Patienten darauf hinweisen.

Wenn die Kosten im ambulanten Bereich zunehmen, gibt es die Regelung der LeiKoV, dass der Taxpunktwert gesenkt werden muss, wenn keine ausreichenden medizinischen Gründe vorhanden sind. Die Hausärzte könnten die Lackierten sein, weil ihre zusätzlichen Arbeiten nicht entschädigt würden. Es gibt aber einen Korrekturfaktor: Wenn die Nachfragestruktur sich ändert, spielt der LeiKoV-Mechanismus nicht. Die Herausforderung ist, dies nachzuweisen. Das Projekt "Reason for Encounter" ist darauf ausgerichtet.

Gegenwärtig findet ein "DRG-Bashing" statt. Aber: nicht alles ist schlecht, respektive wir wissen noch nicht, ob es schlecht ist. Bereits jetzt gibt es positive Auswirkungen. Beispielsweise wurden im Kanton Zürich erstmals Mindestfallzahlen für gewisse Eingriffe eingeführt. Spitalapotheken haben unter dem wirtschaftlichen Druck jetzt eine gemeinsame Einkaufsgesellschaft gegründet.

Referat Herr Prof. Beat Müller: Was machen die Spitäler unter DRG? Auswirkungen auf Hausärzte?

Er ist Chefarzt der Medizinischen Universitätsklinik Aarau.

Werden wir in Zukunft zuerst den Preis anschauen, bevor wir den Patienten die Diagnosen zugestehen?

Wir haben 26 Gesundheitssysteme in der Schweiz. Sind die Spitäler vergleichbar? Welches Spital hat die kürzesten Hospitalisationen? Was ist der Einfluss auf die Gesundheitsversorgung? Im KSA wurden schon lange die Diagnosen und die Patientenwege in Pfade aufgeteilt. Zu Mängeln kommt es an den Schnittstellen, beispielsweise den Zuweisungen der Hausärzte, wengleich 70% der Eintritte ungeplant über die Notfallstation kommen. Ob stationäre oder ambulante Behandlung, hängt auch vom Willen der Patienten und der Angehörigen ab. Oft waren die Patienten schon vor dem Spitaleintritt sehr schwach und eigentlich pflegebedürftig, und im Spital fällt dann der Entscheid zum Eintritt ins Pflegeheim. In einer Untersuchung wurde die Lungenentzündung als Beispiel genommen für eine Erkrankung, deren Spektrum von der leichten Entzündung bis hin zu schwersten Fällen mit tödlichem Ausgang reicht.

Für eine strukturierte Behandlung müssen wir mit Wahrscheinlichkeiten rechnen: Klinische Zeichen (u.a. Fieber) und auch Laborwerte können nur Wahrscheinlichkeiten abbilden, bieten aber keine Sicherheit. Wie können daher nicht standardisierte Patienten in einem standardisierten Pfad sicher betreut werden? In 6 Spitälern verschiedener Kantone wurde die Behandlung von rund 1'300 Lungenentzündungen analysiert. Mit strukturierten Pfaden konnte der Antibiotikagebrauch auf die Hälfte reduziert werden. Die Aufenthaltsdauer war in den Gruppen mit und ohne Antibiotika völlig

identisch. Ob jedoch eine Hospitalisation erfolgt, hängt neben medizinischen Gründen auch von der Verfügbarkeit von Betten, dem Druck der Angehörigen und dem wirtschaftlichen Druck der Spitalverwaltung ab. Systembedingt kostet ein Spitalaufenthalt den Patienten fast nichts, während ein Pflegeheim für ihn sehr teuer ist. Die Nachsorge mit der Ausdünnung von Hausärzten erschwert die Nachbehandlung zusätzlich. Ausgeklügelte Scores erlaubten in der Studie die Risikoabschätzung, beispielsweise der Pneumonie-Schweregrad Index PSI. Die Scores 1 bis 3 umfassen ungefährliche Pneumonien. Warum wurden diese Patienten trotzdem hospitalisiert? In erster Linie müssen die Patienten, aber auch die Pflegepersonen und die Ärzte die Möglichkeit haben, sich auf ihr Bauchgefühl zu verlassen und eine Spitalbehandlung einzuleiten. Ebenso hängt die Dauer des Aufenthalts nicht allein von medizinischen Erfordernissen ab. Die Kostensteigerung hängt vom zunehmenden Alter ab. Unsere Lebenserwartung steigt weiter, und mit ihr die Anzahl Krankheiten. Patienten in der Medizin im KSA haben im Durchschnitt 8 Diagnosen, und bald werden es 10 Diagnosen sein. Für ein Spital wie das KSA ergeben sich Widersprüche: Die Politik limitiert die Spitalbetten. Aber das Spital hat eine Aufnahmepflicht und will im Markt wachsen. DRG spielen in diesem Kontext keine grosse Rolle. Bereits heute gibt es Kantone, die mit Fallpauschalen arbeiten, beispielsweise der Aargau seit über 5 Jahren. In der Studie der Lungenentzündungen zeigt sich nun tatsächlich, dass der Aufenthalt in Spitälern mit Tagespauschalen 1 bis 2 Tage länger dauert als in Spitälern mit Fallpauschalen.

Fazit: Spitäler sind gehalten zu optimieren. Dabei funktionieren sie nach Anreizen. Fallpauschalen führen zu kürzeren Spitalaufenthalten, bisher aber ohne blutige Entlassungen und ohne Klagen der Hausärzte. Bei zunehmender Morbidität ist es aber eine Illusion zu glauben, das spare Gesundheitskosten. Die Herausforderung ist, eine optimale Versorgung unter Wahrung von medizinischer Sicherheit, pflegerischen Bedürfnissen und sozialen und Patientenbedürfnissen zu gewährleisten unter Einbezug der wenigen noch verbleibenden Hausärzte. Zum Schluss: was haben DRG und eine Suppe gemeinsam? Beide werden heisser gekocht als gegessen.

Referat Herr Dr. Urs Strebel: Kritik an den DRG – Moratoriumsforderung!

Er vertritt Dr. Christian Hess. Urs Strebel war Chefarzt am Spital Männedorf und arbeitet jetzt als Onkologe in diesem Spital.

Der alte Streit stationär versus ambulant hat eine Bedeutung für die Nachbehandlung. Bei stationären Patienten bezahlt der Kanton mit, und im Falle von Zusatzversicherungen ist es für die Spitalärzte lukrativ. Dr. Strebel gehört zur Gruppe "DRG-Moratorium". Leider wurde 2008 verschlafen, ein Referendum gegen die neue Spitalfinanzierung zu ergreifen. Die Gruppe hat Argumente formuliert, warum man die Einführung der DRG verschieben sollte. Hinter den DRG stehen keine bösen Absichten. Parallel mit deren Entwicklung hat aber eine Ökonomisierung statt gefunden. Man will immer alles mit Geld regeln, und das ist das Problem hinter DRG. Der klinische Alltag wird zunehmend ökonomisiert. Die Auswirkungen auf die Patienten werden nicht berücksichtigt, auch nicht die Auswirkungen auf die Hausärzte.

Das zweite Problem ist, dass die Codierung qualifizierte Leute absorbiert. Weil die Kosten plafoniert sind und keine zusätzlichen Stellen möglich sind, werden diese Leute vom Bett ans Pult verschoben. Die Gruppe DRG-Moratorium hat 13 Probleme aufgezählt, die vor der Einführung von DRG zu lösen sind. Es sind ungelöste Fragen rund um die Investitionskosten, die Weiterbildung, den Datenschutz, die Zunahme des Verwaltungsaufwands, die Qualitätssicherung (Outcome, Indikationen), die Veränderung der Arbeitsbedingungen, die Auswirkungen auf die Vor- und Nachbehandlung, die ungenügende Begleitforschung, die Zusatzentgelte für sehr teure Medikamente, die schwierige Abrechnung komplexer Patienten, die Ökonomisierung des klinischen Alltags mit falschen Anreizen und die Reduktionierung von komplexen Patienten auf eine Zahl. Die nationale Ethikkommission hat

sich schon 2008 sehr kritisch gegenüber den DRG geäußert. Die FMH hat sich immer gegen ein Moratorium gewehrt, hat aber kürzlich kritisch geäußert, dass 7 Monate vor der Einführung zahlreiche Punkte immer noch nicht geregelt sind. Die Vereinbarung zwischen H+ und Santésuisse ist ein Trauerspiel.

Für den ambulanten Bereich bedeutet die Einführung der DRG respektive die Ökonomisierung durch die Verlagerung in den ambulanten Bereich eine Zunahme der Vor- und Nachbetreuung, was als Mengenausweitung interpretiert wird. Auf einen Goodwill des BAG und der Versicherer können wir nach den Erfahrungen mit dem Labortarif nicht zählen. Die Spitäler werden ihre Ambulatorien ausbauen. Künftig werden Patienten nicht mehr als Individuum, sondern als Zahl wahr genommen. Unter- und Überbehandlung sind nicht leere Schlagworte. Weil Zeit Geld ist, wird im Spital primär beim Gespräch gespart. Patienten mit psychosozialen Problemen fallen durch die Maschen.

Fazit: Wer die Folgen und die ungelösten Probleme bei der DRG-Einführung kritisch betrachtet, muss ein Moratorium oder wenigstens eine Übergangsregelung fordern.

Referat Herr PD Dr. Simon Hölzer: Angst vor einem Systemwechsel oder Sicherheit im bezahlbaren Gesundheitswesen?

Er ist Geschäftsführer der SwissDRG AG und Befürworter der DRG.

Er bedankt sich, dass die Vorreferenten ihre Argumente sachlich und objektiv dargestellt haben. Im Referat will er auf die Highlights eingehen. Aus Sicht des Gesundheitsökonomen gibt es keinen optimalen Tarif. SwissDRG ist aber weitaus gerechter als die bisherigen Tarife. Die Vereinbarung zwischen den Tarifpartnern H+ und Santésuisse ist geplatzt, weil sie zu nahe an den Interessen der Versicherer war. Jetzt wird der Bund entscheiden und über die noch offenen Punkte wie Investitionskostenanteil und Datenschutz entscheiden.

Hintergrund zur Einführung der DRG ist das Problem der steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen, welches in einigen Jahren unerschwinglich wird, wenn die Ausgaben nicht reguliert werden. DRG und Managed Care-Modelle sind Möglichkeiten für eine gerechtere Mittelzuteilung. Heute sind die Anreize nicht so, dass die Produktivität in den Spitälern gefördert wird. Eine Vernetzung zwischen stationärem und ambulantem Bereich wird durch die starke Fraktionierung unterbunden. Viele der rund 160 Spitäler in der Schweiz sind unter der anerkannten kritischen Grösse von ungefähr 200 Betten. Hier drängt sich eine Spezialisierung auf. DRG als kleiner Teil der neuen Spitalfinanzierung sind nicht als Sparmassnahme entwickelt worden, sondern als Vollkostenrechnung. Die anrechenbaren Kosten sind klar definiert und enthalten die ärztlichen Leistungen, die Pflegekosten, die Materialkosten, die Verwaltungskosten und neu auch die Investitionskosten. Im Gegensatz zur bisherigen Finanzierung mit verschiedenen Zuschüssen decken DRG somit die gesamten Kosten im Spital. Das bedeutet höhere Kosten im OKP-Bereich, eventuell auch höhere Prämien. Auch die freie Spitalwahl wirkt sich prämienerhöhend aus. Hingegen erhofft man sich, dass der ausgelöste Wettbewerb zwischen den Spitälern später kostensenkend wirken wird.

Die DRG-Tarifstruktur wird in der Einführungsphase 1'052 DRG enthalten. Es wird keine Spitalleistungen geben, die nicht darunter fallen. Es ist nicht das Ziel dieses Tarifs, dem einzelnen Patienten gerecht zu werden, sondern bestmöglich pauschal dem Mittelwert aller Patienten einer bestimmten DRG. Die DRG gilt für die normale Liegedauer im Spital, während längere Liegedauern durch tagesbezogene Zuschläge entschädigt werden. Hier ist das System der Pauschalen gar nicht mehr so pauschal wie man immer meint. Hingegen wird auf Druck der Kantone und der Versicherer weitgehend auf Zusatzentgelte verzichtet. Qualitätsmessungen finden über einen Code von Qualitätsindikatoren statt, und es gibt auch die Möglichkeit, Innovationen besonders zu finanzieren. Zusammenfassend ist SwissDRG ein guter Verteilungsmechanismus, jedenfalls besser als die

bisherigen Mechanismen. Jedoch können nur 2/3 der Kosten- und Preisunterschiede zwischen den Spitälern erklärt werden. Es muss daher Verhandlungen über die individuelle Baserate jedes einzelnen Spitals geben. SwissDRG nimmt auch keinen Einfluss auf die Grösse des Gesamtbudgets, das zur Verfügung steht. Eine Zunahme von Spitalleistungen in den nächsten Jahren kann durch DRG dokumentiert werden und kann (im Gegensatz zu Tarmed) zu einer Budgeterhöhung führen.

Zusammenfassend erwarten die Tarifpartner von den DRG mehr Transparenz. Die erbrachten Leistungen sind neu objektiv messbar. Leistungen und Preise lassen sich zwischen den Spitälern vergleichen (Benchmarking). Es gibt Anreize, mit den ambulanten Leistungserbringern reibungslos zusammen zu arbeiten, damit die Behandlung im Spital möglichst effizient erfolgen kann. Das System belohnt diejenigen, welche die Leistungen effizient und in guter Qualität erbringen. Die Geldmittel sind limitiert und DRG verteilt sie gerechter, auch damit Rationierungen vermieden werden können. DRG wahren die Therapiehoheit der Ärzte, machen keine Vorschriften für die Arbeit am Krankenbett und legen auch keine WZW-Kriterien fest. Kooperationen werden angestrebt.

Erwartungen an die Akteure sind, dass sie vernünftig mit dem System umgehen. Die Spitäler sollen korrekt codieren und die Daten SwissDRG zur Verfügung stellen, damit die Tarifstruktur (auch im Gegensatz zum Tarmed) in jährlichem Zyklus angepasst werden kann. DRG ist als lernendes System konzipiert. Leistungserbringer sollen sich auf ihre Kernkompetenzen beschränken, welche sie in guter Qualität und kostengünstig erbringen können. Die Versicherer sollen Rechnungen anhand eines Benchmarking statistisch kontrollieren und nicht jede Rechnung einzeln kontrollieren. Die Kantone, die heute mit ihrer Spitalplanung sehr stark eingreifen, sollen das System spielen lassen und sich auf eine Planung der Versorgungssicherheit zurückziehen.

Über die Auswirkungen der DRG gibt es unter anderem im Kanton Aargau gute Erfahrungen. Bisher gab es keine Hausärzte, die sich beschwert haben. Internationale Studien belegen, dass es nicht zu Qualitätsverschlechterungen kommt, leider auch keine Qualitätsverbesserung (beispielsweise in Deutschland). Die Aufenthaltsdauer ist bisher auch ohne DRG zurückgegangen. Bloody Exits sind in keiner der Studien nachgewiesen worden. Langfristig sind durch den Wettbewerb positive Effekte zu erwarten. Für die nach-stationäre Phase müssen genügend Kapazitäten, unter anderem bei der Spitem, aufgebaut werden. Die Schnittstellen stationär-ambulant müssen verbessert werden.

Referat Frau Susanne Hochuli

Sie ist Regierungsrätin des Kantons Aargau, Vorsteherin des Departements Gesundheit und Soziales

Sie ruft in Erinnerung, dass AP-DRG bereits seit einigen Jahren in den Kantonen Schwyz, Waadt, Genf und auch im Aargau nichts Neues sind. Im Bereich der Unfallversicherung werden Fallpauschalen seit Jahren gesamtschweizerisch verwendet. Da viele Erfahrungen im In- und Ausland bestehen, sind die Auswirkungen von DRG absolut voraussehbar. Mit der Kultivierung von Ängsten hat sie Mühe. Hingegen findet sie schwieriger, dass die Höhe der Baserate mit der Abgeltung der Investitionen nach wie vor offen ist. Eine Investitionsplanung ist für die Spitäler derzeit unmöglich.

Der Kanton Aargau strebt für spätestens 2015 eine kantonsweit gleiche Baserate an. Das DRG-System kommt erst mit einer gesamtschweizerischen Baserate voll zum Tragen. Die Eingriffe in die Mechanik des Gesundheitswesens sind stets daran zu messen, was sie dem Patienten bringen. Es greift zu kurz, den DRG den schwarzen Peter zuzuschreiben, wenn es um die künftige Qualität der Versorgung geht. Vielmehr ist es die Kombination der neuen Spitalfinanzierung zusammen mit dem neuen Abrechnungsmodus, welche die Spitäler unter Druck setzt. Es wäre besser gewesen, zuerst DRG und erst in einigen Jahren die neue Spitalfinanzierung einzuführen. Jede Veränderung braucht eine Startphase, in der nicht alles funktioniert. Daran ändert auch eine Verschiebung der Einführung von Swiss-DRG nichts. Entscheidend ist, wie sich das System nach der Einführung weiter entwickelt. Dazu

braucht es ein sauberes Monitoring, welches der Kanton Aargau nach Kräften unterstützen wird. Die Politik soll sich nach der Meinung vieler aus dem Markt heraushalten. Wenn jedoch ein Scherbenhaufen angerichtet ist, ist die Politik gefordert, die Scherben zu kitten. Die beiden Tarifpartner, nämlich die Spitäler und die Krankenkassen, erscheinen nicht in der Lage, eine gesamtschweizerische vertragliche Lösung zu finden. Die Kantone bedauern, dass die Ergänzungsvereinbarung nicht zustande gekommen ist und dass nun Bund und Kantone hier aktiv werden müssen. Für die offenen Fragen (Übermittlung der Rechnungsdaten, Bemessung der Investitionen, Kostenmonitoring und Definition der Kostenbasis) ist eine gesamtschweizerisch einheitliche Lösung unabdingbar. Diese Fragen müssen durch den Bundesrat via Verordnung geregelt werden. Die Kantone setzen sich dafür ein, dass bei der Genehmigung von Verträgen oder in Festsetzungsverfahren einheitliche Regeln zum Tragen kommen.

Diskussion

Der Moderator erinnert daran, die Diskussion auf die Auswirkungen von DRG auf die Hausärzte zu fokussieren. Was sind die Auswirkungen der DRG ganz konkret auf die Hausärzte?

S. Hochuli: DRG sind nicht das grösste Problem der Grundversorger. Wir brauchen in allen Regionen eine gute Basis der medizinischen Versorgung. Frühere Entlassungen sind erwünscht. Nur braucht es ein System, das diese Patienten betreut. Dafür ist die Akut- und Übergangspflege da. Störend ist allerdings die Kostenbeteiligung der Patienten. Die Hausärzte müssen sich überlegen, ob die traditionelle Einzelpraxis noch die richtige Form ist. Bloody Exits wird es nicht geben, weil diese Patienten wieder ins Spital zurückgeschickt werden, was für das Spital nachteilig ist.

Moderator: Wird die Arbeit für die Hausärzte durch frühe Entlassungen interessanter?

S. Hochuli: Das ist nicht Aufgabe der Politik. Die Politik hat für die Schwächsten in der Kette da zu sein. Es geht darum, was für die Patientinnen und Patienten am besten ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob es für die Ärzte interessanter oder spannender ist. Zum Hausarzt hat Susanne Hochuli das grösste Vertrauen und erwartet, dass er sie umfassend berät.

Moderator: Dr. Kaspar, was ändert für die Hausärzte?

K. Kaspar: Bloody Exits wird es nicht geben. Aber kürzest mögliche Spitalaufenthalte. Das ist dann möglich, wenn die Patienten mit einer guten Dokumentation ins Spital eintreten. Alle Informationen, über die der Hausarzt verfügt, müssen beim Eintritt zeitnah dem Spital zur Verfügung stehen. Beim Austritt müssen die wichtigsten Daten dem Hausarzt übermittelt werden. Das geht nur auf dem elektronischen Übertragungsweg, wovon wir aber weit entfernt sind. Es besteht auch die Sorge, ob überhaupt noch genügend Hausärzte vorhanden sind. Bilden die Spitäler noch Ärzte aus, die danach in die Praxis gehen? Hausärzte müssen noch viel mehr in Arztpraxen für ihre eigentliche Tätigkeit ausgebildet werden, was nicht nur die Behandlung, sondern auch das Managing der Patienten bedeutet. Der Wechsel zu DRG ist eine Chance, die Ausbildung zum Hausarzt zu erneuern. Im Aargau sind wir auf diesem Weg schon relativ weit fortgeschritten.

S. Hochuli: Dieses Projekt ist durch DRG nicht gefährdet, sondern wird sogar ausgeweitet. Der Kanton ist auch aktiv in eHealth. Spitäler, die in einem integrierten Versorgungssystem arbeiten, werden bei der Spitalliste bevorzugt behandelt. So sind Spitäler auch interessiert Ärzte auszubilden, die später ambulant tätig sind.

Moderator: Herr Müller, wie ist die Spitalsicht?

B. Müller: Wenn es so gut ist, warum ist nicht schon lange realisiert? Erstens kommen viele Patienten nicht via Hausarzt, sondern selbst ins Spital. Zweitens bremsen die Datenschützer jeglichen Datenaustausch. Drittens fehlt die Standardisierung. Auch die Hausärzte sind sehr heterogen. Weil ein demokratischer Konsens nicht möglich ist, muss jemand bindend festlegen, in welcher Form (Papier, Fax, Mail, Schnittstelle) Daten ausgetauscht werden. Für die Ausbildung von Hausärzten werden Curricula aufgebaut, welche speziell auf künftige Hausärzte zugeschnitten sind.

Moderator: Erwarten Sie aus Spitalsicht Bloody Exits?

B. Müller: Die Anreize sind so gesetzt, dass kürzere Hospitalisationen bevorzugt werden, weshalb die Gefahr von zu frühen Austritten steigt. Das ist aber immer noch sehr unwahrscheinlich. Schon die Ethik von Ärzten und Pflegeteam spricht dagegen.

Moderator: Hat Swiss DRG statistische Möglichkeiten, Bloody Exits zu erfassen?

R. Hölzer: Es gibt die Möglichkeit, das System zu monitorisieren, beispielsweise über die Rehospitalisierungsrate. Systembedingt sind zu frühe Entlassungen auch nicht lukrativ. Patienten und Angehörige beobachten zunehmend kritisch die Behandlung im Spital. Reputationschäden lassen sich schwer ausmerzen. Wenn weniger Patienten ins Spital kommen, fehlt dem Spital dieses Geld.

Moderator: Werden Daten wie die Rehospitalisierungsrate publiziert?

B. Müller: Diese Zahlen werden im Geschäftsbericht publiziert. Die Interpretation ist jedoch schwierig, weil auch der Schweregrad der Erkrankung berücksichtigt werden müsste.

Moderator: Herr Strebel, die Podiumsteilnehmer sehen keine Probleme mit DRG. Sehen Sie solche?

U. Strebel: Die Ökonomisierung führt zu einer Mengenausweitung, weil die Spitäler den Patienten systembedingt möglichst viele Diagnosen anhängen müssen. Sie werden dadurch zu Ausbeutungsobjekten.

Moderator: Wird sich auch für die Hausärzte etwas ändern?

U. Strebel: Häufigere Konsultationen beim Hausarzt.

S. Hochuli: Die Behandlungspfade sind heute schlecht koordiniert. Die integrierte Versorgung hilft weiter, unabhängig von DRG und neuer Spitalfinanzierung.

K. Kaspar: veranschaulicht den medizinischen Wandel. Als er Student war, wurde ein Patient für eine Gallenblasenoperation 14 Tage im Spital behalten. Heute ist er 3 Tage im Spital. Eine Meniskusoperation wird heute ambulant gemacht, damals war der Spitalaufenthalt ebenfalls 2 Wochen. Die Zusammenarbeitsprozesse haben sich seither aber nicht geändert und müssen dringend reformiert werden. Diese Umstellung verlangt jedoch Investitionen von den Ärzten und die Anreize dafür.

Moderator: Herr Dietschi, sehen Sie die Ökonomisierung auch so negativ wie Herr Strebel? Fördern die Kassen diese Entwicklung?

R. Dietschi: Ich glaube nicht an extreme Entwicklungen. Dafür spielt die soziale Kontrolle in den Spitälern zu gut. Eine adäquate Qualität ohne diagnostische und therapeutische Übertreibungen wird angestrebt.

U. Strebel: Es wird zu einer Mengenausweitung kommen. Als Beispiel die Klinik Hirslanden, wo die Patienten ambulant von einem Spezialisten zum anderen gereicht werden. Die vielen MRI-Geräte werden alle voll ausgelastet.

Moderator: Das sind happige Vorwürfe, auch an die Spitäler.

B. Müller: Es ist richtig, dass wir einen Anreiz zum Ökonomisieren haben. Das ist schon heute die Realität. Die Frage ist, wie wir damit umgehen. Es wird schwarze Schafe auch unter den Ärzten geben. Die Missbrauchsmöglichkeit ist da. Aber jedes System hat seine Vor- und Nachteile. Aarau ist jetzt schon in einem DRG-System. Die Spitalaufenthalte sind jetzt schon kürzer geworden. Sie könnten aus nicht-medizinischen Gründen noch kürzer werden, wenn die internen Prozesse und die Nachbehandlung besser organisiert wären.

K. Kaspar: Die integrierte Behandlung ist das Gegenteil zur heutigen fraktionierten Medizin. Managed Care ist der Anfang davon. Das Gatekeeping ist Vergangenheit. Die Zukunft ist die integrierte Medizin. Dabei geht es um optimierte Prozesse.

Moderator: Frau Hochuli, wünschen Sie, den Ärzten verordnen zu können, mit welchem System sie miteinander zu kommunizieren haben?

S. Hochuli: Darum geht es nicht. Aber wir haben in der gesundheitspolitischen Gesamtplanung die Grundlagen erarbeitet, damit der Kanton bei eHealth aktiv werden kann. Der Kanton hat aber keine Befehlsgewalt und kann eHealth auch nicht finanzieren. Manchmal sträuben sich mir die Haare, weil alle wissen, dass es vorwärts gehen muss, und trotzdem zu wenig passiert. Die Kosten stehen dem im Weg, ebenso das föderalistische System mit verschiedensten nicht kompatiblen Lösungsansätzen.

Aus dem **Publikum:** Ich bin Ökonomin und will das Stichwort Ökonomisierung der Medizin aufgreifen. Das bedeutet nicht nur persönliches Gewinnstreben, sondern auch den sinnvollsten Einsatz der vorhandenen Mittel. Für diese sorgfältige Verteilung müssen wir uns einsetzen.

Dr. Albonico aus dem **Publikum:** Zu den blutigen Entlassungen und der Ökonomisierung: Ich arbeite in der Praxis und Teilzeit im Spital. Wir haben die AP-DRG-Schattenrechnung bereits. Wir haben besonders im Bereich palliative Care eine Art blutige Entlassungen, indem diese schwerkranken Patienten vorübergehend nach Hause gehen müssen, bevor sie einige Tage später in ein Pflegeheim eintreten können. Ich habe Mühe mit dem ökonomisch bedingten Spagat. Wir setzen Anstrengungen daran, die Codierung so einträglich wie möglich zu machen. Für mich als Arzt ist das ein korrumpierender Fehlanreiz. Ich warne vor der unkritischen Einführung.

S. Hochuli: Man darf das System nicht hintergehen und so Fehler im System vertuschen, weil es dann nicht verbessert werden kann. Fehler müssen erkannt werden, damit man Lösungen suchen kann. Ein Beispiel dafür ist die Palliativ- und Übergangspflege.

Moderator: Besteht die Gefahr von Manipulationen durch die Spitäler?

S. Hölzer: Möglich ist alles. Aber wir monitorisieren das System und erwarten wenig schwarze Schafe. Zur Ökonomisierung: Wir steuern viel über ökonomische Anreize, können aber nicht alles steuern. Zu den Hausärzten: Sie werden ein Problem haben. Zum ersten gibt es Leistungsverlagerungen, und es gibt zu wenige Hausärzte. Der Preis für ihre Leistungen schrumpft durch den Mechanismus von LeiKoV. Sie stehen auch in direkter Konkurrenz zu den spitalambulantem Leistungen, welche in den letzten Jahren explodiert sind.

Aus dem **Publikum:** Ich bin Facharzt Allgemeinmedizin im Spital Menziken: Wir haben früher die Patienten zu lange im Spital behalten. Rasche Austritte sind auch in ihrem Interesse. Aber zu welchem Hausarzt schicken wir die Patienten, wenn viele in Pension gehen? Deshalb muss das Spital die Patienten ambulant nachbehandeln. Besonders in ländlichen Gebieten sind Spitalambulanzen keine Konkurrenz zu den Hausärzten, sondern eine dringend notwendige Ergänzung.

Moderator: Die Leistungen der Ambulatorien sind nicht in den DRGs enthalten, sondern werden über Tarmed abgerechnet. Die Spitäler können damit zusätzliche Einnahmen generieren. Müssen diese Leistungen nicht in den DRG inbegriffen sein?

K. Kaspar: Bei der integrierten Versorgung sind diese Kosten inbegriffen. Ein Versorgungsnetz hat ein festgelegtes Budget. Deshalb gibt es Abmachungen im Netz, wie man zusammen arbeitet. Dafür müssen wir uns engagieren. DRG helfen in diesem Zusammenhang, weil sie die stationären Behandlungen schweizweit vergleichbar machen. Leider fehlen heute für die ohnehin überlasteten Hausärzte die Anreize, in einem integrierten Netz mitzumachen. Nur Idealisten sind zur zusätzlichen unbezahlten Arbeit bereit. Ein Anreiz kann aber sein, auf diese Weise zu einem Nachfolger zu kommen, der die Patienten weiter betreut.

U. Strebel: Die Spitalambulatorien werden immer als Feindbild hingestellt. Gegenüber früher sind die Hausärzte aber verständlicherweise nicht mehr bereit, in der Nacht und am Wochenende Patienten zu behandeln. Auch die Patienten gewöhnten sich langsam daran, immer gleich ins Spital zu gehen. Die Spitäler mussten auf diese Entwicklung mit dem Ausbau der Notfallstationen reagieren.

B. Müller: In unserem Spital kann sich kein Patient direkt in die Ambulatorien einschreiben. Es braucht immer eine Zuweisung. Nach Spitalaustritt brauchen schwere Fälle jedoch oft noch die Spezialisten. Das ist auch wirtschaftlich lukrativ, aber wir richten uns nach der medizinischen Notwendigkeit und dem gesunden Menschenverstand.

Aus dem Publikum: Josée Staff, private Pflegeorganisation: Das Thema zeigt die Notwendigkeit von integrierten Behandlungsstrukturen. Die Nachfrage nach 24-Stunden-Bereitschaft von Pflegeorganisationen ist gross. Frau Regierungsrätin: Gibt es finanzielle Unterstützung für Projekte, die daran arbeiten?

S. Hochuli: Die gesundheitspolitische Gesamtplanung enthält Grundlagen dafür, aber der Staat soll nicht immer alles selbst machen. Integrierte Versorgung ist eines der Kriterien, ob eine Institution auf die Spital- oder Pflegeheimliste kommt. Angepackt ist die Akut- und Übergangspflege. Das neue Pflegegesetz berücksichtigt die privaten Pflegeorganisationen, welche bei der Tarifierung gleich behandelt werden. Die Spitexverbände haben einen Leistungsauftrag, damit gewisse sich finanziell nicht

lohnende Tätigkeiten trotzdem erbracht werden. Sie erhalten deshalb einen Zuschlag für die gemeinwirtschaftlichen Leistungen.

Moderator: Steigen die Anforderungen auch für die Spitexorganisationen?

B. Müller: Das sind Herausforderungen, denen die zunehmend kompetenten Pflegepersonen gewachsen sind.

Andrea Nüssli (Spitex Zürich Stadt): Wir haben in Zürich viel unternommen, um für DRG und die neue Pflegefinanzierung fit zu werden. Wir haben die Quartierorganisationen zusammengelegt und können einen 24-Stunden-Dienst anbieten. Dazu gehört auch eine gemeinsame Telefonnummer, damit die Spitäler den Bedarf einfach melden können und wir möglichst schnell reagieren können. Ebenso haben wir die Qualität verbessert. Vieles ist noch nicht klar, wie die Fortführung der Patientenpfade und eHealth, damit Dokumente allen zur Verfügung stehen. Das vereinfacht auch die administrativen Abläufe, weil diese sonst zu viele Ressourcen verbrauchen. Frühe Austritte verursachen der Spitex mehr Aufwand und es ist noch nicht klar, wer diese Kosten deckt.

S. Hochuli: Im KVG ist vorgegeben, dass die Akut- und Übergangspflege die Patienten wieder mobil und selbständig macht, damit sie wieder fit für ihr häusliches Umfeld sind. Mein Anliegen war, dass kein Selbstbehalt für die ambulante Pflege eingeführt wird. Leider hat das Parlament 20% Selbstbehalt beschlossen. Das widerspricht dem Patientenwillen und der Absicht, dass ambulant vor stationär kommt.

Moderator: Die Spitalisten werden demnächst publiziert. Bekommen Spitäler Vorgaben, wie die integrierte Versorgung umzusetzen ist?

S. Hochuli: Das ist im Moment noch kein Kriterium. Es muss zusammen mit den Anbietern und den mündigen Patienten erst noch entwickelt werden.

Moderator: Als Schlussrunde, was bedeutet die Einführung von Swiss DRG für die Patienten?

R. Dietschi: Ich erwarte, dass die Patienten unter DRG eine optimale Behandlung bekommen. DRG sollen auch den Anstoss geben, das Schnittstellenmanagement zu verbessern. Davon profitieren die Patienten. Aber wir haben hier einen grossen Nachholbedarf. Sobald DRG eingeführt sind, müssen diese Probleme gelöst werden.

B. Müller: Als Patient wünschte ich mir in einem Spital eine breite Fachkompetenz mit verschiedenen Spezialisten. Falsch ist die spitalorientierte Finanzierung, bei welcher stationäre Spitalbehandlungen keinen Selbstbehalt haben, während sie in Pflegeheimen selbst beträchtliche Mittel aufwenden müssen. Das führt zu unnötig langen Spitalaufenthalten.

S. Hölzer: Patienten haben mehr Wahlmöglichkeiten. Patienten werden sich weiterhin nicht um den Preis der Spitalleistung sorgen müssen.

U. Strebel: In vielen Bereichen ändert sich nichts. Aber die schwächsten Patientengruppen (psychosozial kranke Menschen) sind benachteiligt, weil der Aufwand für das Gespräch nicht honoriert wird, während teuerste technische Interventionen im Tarif abgebildet sind. Wir müssen ein neues Gleichgewicht finden zwischen der apparativen Spitzenmedizin und der menschlichen Betreuung.

S. Hochuli: Ich möchte lieber vermeiden, dass es viele Patienten gibt. Wie viel Geld sollen wir in die kurative Medizin stecken, wie viel in die Prävention?

Der Moderator dankt und verabschiedet sich (Applaus)

Schlusswort Kurt Kaspar:

Der Versicherte (Patient) tritt ins Gesundheitssystem ein, wenn er ein Symptom hat. Wenn es gut geht, wird er an der ersten Anlaufstelle bereits abschliessend behandelt. Wenn nicht, erfolgt die Überweisung an einen Spezialisten oder ins Spital. Hier und da sind weitere Überweisungen oder Verlegungen nötig. DRG ist nicht mehr als ein Abrechnungssystem für die stationären Spitalbehandlungen.

In Managed Care oder integrierter Versorgung kommt der Patient zuerst an eine Triagestelle (Hausarzt usw.), wo 80 bis 90% der Fälle abschliessend behandelt werden können. Diese erste Anlaufstelle (Grundversorgernetz) ist die Voraussetzung für ein integriertes System. Unsinnige oder unnötige Behandlungen durch Spezialisten oder im Spital werden vermieden. Für das integrierte Netz braucht es gegenseitige Verträge: Die Versicherten verpflichten sich auf die Spielregeln. Die Versicherer schliessen Verträge mit den Netzen ab. Die sekundären Versorger binden sich ebenfalls. Voraussetzung für integrierte Netze sind funktionierende Schnittstellen. Auch gegenseitige Vereinbarungen, ein Ein- und Austrittsmanagement, die elektronische Datenübermittlung, Qualitätskontrollen und eine gute Steuerung gehören dazu.

Bis heute sind wir eher ein fraktioniertes als ein integriertes System. Mit Vereinbarungen über die Zusammenarbeit sind wir auf dem Weg zur Integration. Wir müssen dazu nicht auf die Vorgaben der Politik warten. Bei uns herrscht Genugtuung, dass die jetzige Vorsteherin des Gesundheitsdepartements auch bereit ist, in ein System zu investieren, dessen Benefit sich erst später zeigt. In den Managed Care-Modellen konnten wir die Zusammenarbeit schon bisher üben und haben bereits einige Fortschritte gemacht.

Zusammenfassend sehen wir Hausärzte, die DRG nicht nur als Bedrohung, sondern auch als Chance, gemeinsam an der Integration zu arbeiten. Dazu braucht es alle, die an der Behandlung von Patienten beteiligt sind, und dazu eine Koordination der vielen bereits angelaufenen Projekte durch die staatlichen Instanzen. Das Ziel der Argomed ist es, an einem integrierten System zu arbeiten, dabei eine tragende Position einzunehmen und gegebenenfalls auch die Federführung eines grösseren Projekts zu übernehmen. Mit unserer Erfahrung aus den letzten 12 Jahren sind wir dafür gut aufgestellt.

Er dankt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, den Referenten und dem Moderator, und lädt zum anschliessenden Apéro ein.

Für die Zusammenfassung:

Dr. med. Heinrich Zürcher, Leiter Kommunikation (GL) / 7.12.2011