

Diktat der Software

In der Schweiz wird derzeit an den Spitälern die Abgeltung über sogenannte «Diagnosis-related Groups» (DRGs), also diagnoseabhängige Fallpauschalen, eingeführt. Damit verabschiedet sich (auch) die Schweiz von ihrer humanistischen Tradition in der Medizin. Hansueli Albonico, Chefarzt Interdisziplinäre Komplementärmedizin am Regionalspital Emmental (CH), kommentiert diese Entwicklung.

Im Dezember 2007 stimmte das Schweizerische Parlament in Ausführung des revidierten Krankenversicherungsgesetzes (KVG) der Einführung von landesweit einheitlichen Fallpauschalen (DRGs) in der akutstationären medizinischen Versorgung zu. Gerade überzeugt waren die Parlamentarier nicht. Selbst engagierte Volksvertreter fühlten sich unsicher, worauf sich die Schweiz damit einliess. Die Vorlage wurde mit lediglich 90 Ja- gegenüber 52 Neinstimmen und 56 Enthaltungen angenommen. Der politische Hintergrund der DRGs ist jedoch nachvollziehbar: Man möchte für betriebs- und volkswirtschaftlich sinnvolles und kosteneffizientes Handeln Anreize schaffen und, gerade auch bei den Ärzten, Kostenbewusstsein und Budgetverantwortung fördern.

DRG-Systeme wurden aus der Chirurgie heraus entwickelt. Es schien zunehmend inakzeptabel, dass ein Blinddarmpatient in einem Spital eine Woche hospitalisiert wurde und doppelte Kosten generierte als an einem anderen Spital, das diesen Patienten schon am zweiten Tag entliess. Chirurgische Prozeduren lassen sich einigermassen standardisieren und codieren. Daraus entwickelte sich jedoch – jetzt für die gesamte Akutmedizin – ein hochkomplexes System mit Tausenden von Codes zur Erfassung von Haupt- und Nebendiagnosen (heute bis zu 50 Diagnosen pro Patient!) sowie von diagnostischen und therapeutischen Prozeduren, denen anhand von ausgeklügelten Kostenberechnungen Kostengewichte (Case Weights) zugeordnet werden, die dann, basierend auf einem Basispreis (Base Rate) die Abgeltung durch die Krankenversicherer definieren. Gleichzeitig weist die Kostenberechnung dem Patienten eine definierte Liegedauer zu, deren Überschreitung mit Abzügen gehandelt wird.

Chefarztvisite im Sommer 2009. Unser Patient P. S., 67-jährig, leidet seit 14 Jahren an einem Kehlkopfkarcinom. Kurz vor Spitaleintritt wurde zur Erhaltung der

Atmung eine Tracheostomie (Kehlkopföffnung) notwendig, zur Ernährung erhielt Herr S. eine durch die Bauchwand geführte Magensonde. Einmal schon musste er wegen Atemversagen intubiert und beatmet werden. Dank optimaler Behandlung und Betreuung auf unserer Spitalabteilung geht es dem Patienten heute, nach zweiwöchiger Hospitalisation, wesentlich besser. Vor allem ist es nie mehr zu Erstickungsanfällen gekommen. Gerade deshalb gerate ich in einen unlösbaren Konflikt: Wenn ein tracheotomierter Patient beatmet werden muss, kann er bis zu zwei Monate im Akutspital bleiben; so aber müssen wir ihn jetzt vorzeitig auf irgendeinen Pflegeplatz abschieben. In der ethischen Auseinandersetzung in unserer Geschäftsleitung stellen wir fest, dass unser Spital, wenn es wirtschaftlich keinen Bestand hat, auch keine gute Medizin mehr machen kann. Das leuchtet ein; ich muss also zum Entsetzen von Pflorgeteam und Angehörigen die umgehende Entlassung in die Wege leiten.

Zur Signatur der DRGs

Die DRGs bedeuten nichts weniger als die Abtretung der medizinischen Fallführung vom Arzt an die computerisierte Ökonomie. Das beinhaltet nicht nur eine Verlagerung vom Medizinischen ins Wirtschaftliche, sondern, und das halte ich für weitaus bedeutsamer, vom Menschen-Geführten zum Software-Bestimmten. Wenn auch das Primat der Ökonomie an sich bereits bedenklich ist, so wiegt noch schwerer, dass im DRG-System Chefarzt, Pflgeleiterin, Klinikdirektor allesamt durch eine anonyme, unpersönliche, aber äusserst autoritäre neue Instanz abgelöst werden: den «Grouper». «Der Grouper ist der Chef im DRG-Regime», schreibt Jürg Steiner im Beitrag «Die neue Art, krank zu sein» in der «Berner Zeitung». «Der Grouper ist allerdings kein Spezialarzt für chirurgische Medizin, sondern eine ausgetüftelte Software. Sie sorgt dafür, dass ich mit meiner Gallenblase vom individuellen Patienten zum codierten Fall werde.»¹ Hinter dem Grouper steht eine Software-Firma und die



Das Arztgespräch: Bald ein Relikt der Vergangenheit?

nämlich nicht nur unser medizinisches Handeln unter das Primat der kurzfristigen Rendite, sondern sind daran, auch unser medizinisches Denken einem oberflächlichen Konkurrenzdenken zu opfern. Damit gerät insbesondere auch die Anthroposophische Medizin in einen bedenklichen Engpass. Wie sagte doch Rudolf Steiner im «Jungmedizinerkurs»? Das Wichtigste in der Anthroposophischen Medizin sind unser «Wissen vom Heilen» und unser «Heilermut».

Rückmeldung aus der DRG-Codier-Abteilung. Heute geht es um Herrn U. K., der wegen seiner schweren Depression zweieinhalb Wochen lang auf unserer Abteilung hospitalisiert war. In der Meldung ist Herr U. K. rot angestrichen: Er erreichte mit der Diagnose «Depression» nur ein Cost Weight von 0.54 und lag zu lange im Spital, fällt somit in die Kategorie des Schimpfwortes «Überlieger». Dabei haben wir ihm mit unseren täglichen Aurum-D30- und Hepar/Magnesium-Spritzen, den beruhigenden Bryophyllum-Infusionen, dem morgendlichen Rosmarin-Fußbad, dem Schafgarben-Leberwickel am Mittag, der Rhythmischen Massage am Nachmittag, der Malthherapie und den neuen Übungen der Heileurythmie, die er jetzt ambulant weiterführen will, und schließlich den Biografie-Gesprächen so gut helfen können! Es gäbe einen Ausweg: Herr K. hatte noch ein Unterschenkelgeschwür: Wenn ich das als Hauptdiagnose einsetze, ist das Problem gelöst und der allmächtige Grouper gesteht uns ein Cost Weight von 1.2 und eine Liegedauer von 28 Tagen zu. ■

private Aktiengesellschaft Swiss-DRG; Hauptaktionäre sind der Dachverband der Krankenkassen, der Spitalverband, die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren und der Schweizerische Ärzteverband FMH, nicht dabei sind der Verband der Pflegefachleute und die Patientenvereinigungen.

Persönlich kann ich nur schwer nachvollziehen, dass dieser Paradigmenwechsel weltweit bisher nur auf äußerst geringen Widerstand stieß. Selbst unter rein ökonomischen Aspekten werden sich die DRGs insgesamt als Bumerang erweisen. Durch die Zementierung der bereits durch den ICD-10-Diagnosecode² angebahnten «pathogenetischen» Ausrichtung, wonach dem Patienten möglichst viele Diagnosen «angehängt» werden müssen, werden die DRGs längerfristig nicht zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen führen. Der administrative Aufwand ist enorm und auf eine exponentielle Zunahme angelegt. Die Schweiz verweist auf angeblich positive Erfahrungen mit den DRGs in Australien und in Deutschland und auf den schweizerischen «Erfolgsfaktor» einer «ethischen Begleitforschung». Dabei wird geflissentlich übersehen, dass Australien die DRGs nur in einem sehr eingeschränkten Bereich anwendet,³ dass aus Deutschland höchstens Spitalverwalter und Krankenkassenfunktionäre, nicht aber Ärzte und Pflegendes Positives berichten,⁴ und dass die ethische Begleitforschung in der Schweiz hoffnungslos zu spät kommt.

Nationales Symposium zum Thema «Ökonomisierung der Medizin – Die Einführung an Schweizer Spitälern als ethische Herausforderung» vom 10. Juni 2009: Das Auditorium der Kinderklinik am Inselspital Bern ist voll besetzt. Unter der Ägide der

Nationalen Ethikkommission und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften beschäftigt man sich «mit den Fragen rund um die Einführung der DRGs an Schweizer Spitälern». Bei genauerem Hinhören stelle ich überrascht fest: Die Mehrheit im Saal ist gar nicht pro DRGs, ja, man ist weitherum entrüstet über das, was damit auf uns zukommt. Aber man wagt es nicht, das Undenkbare zu denken: den Ausstieg aus den DRGs.

Das Undenkbare denken

Angesiedelt bei der Akademie für Menschenmedizin am Spital Affoltern,⁵ läuft seither in der Schweiz eine Unterschriftensammlung für ein DRG-Moratorium.⁶ Damit wollen wir aufzeigen, dass die DRGs die erhofften gesundheitspolitischen Ziele, nämlich Transparenz, Vergleichbarkeit und Kosteneinsparung, nicht erreichen können, dass jedoch die auf kurzfristige ökonomische Kenndaten ausgerichtete «Logik» der DRGs zu irreversiblen Kollateralschäden in der Gesundheitsversorgung führt. Wichtigste Anliegen wie Versorgungssicherheit, Datenschutz, Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und des gesamten Gesundheitspersonals sind völlig ungeklärt. Die Resonanz des Moratoriums ist bisher bei den Ärzten beachtlich, beim Pflegepersonal, bei den Patientinnen und Patienten und bei den Politikern jedoch bedenklich gering.

Professor Paul Unschuld, emeritierter Direktor des universitären Institutes für Medizingeschichte in München, sieht das Hauptproblem der aktuellen Ökonomisierung der Medizin in der eklatanten «Deprofessionalisierung».⁷ Tatsächlich ist es erschütternd, wie wir Ärztinnen und Ärzte uns auch in der Schweiz durch das DRG-System korrumpieren lassen. Wir stellen

1 «Berner Zeitung» vom 3. Juli 2010, S.31.
 2 Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin.
 3 Nikolaus A. Haas: *Fallpauschalen: Die australische Realität*, in: «Deutsches Ärzteblatt» 2006; 103 (25).
 4 Ferdinand Rau, Norbert Roeder, Peter Hensen (Hrsg.): *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven*, Stuttgart 2009.
 5 www.akademie-affoltern.ch.
 6 www.drg-moratorium.ch.
 7 Paul Unschuld: *Ware Gesundheit*, München 2009.