



SGBEbulletinSSEB

No. 59 September/septembre 2009

EDITORIAL

Die Einführung der DRGs an Schweizer Spitälern – eine ethische Herausforderung

Ab 2012 werden die Akutspitäler schweizweit mit diagnosebezogenen Fallpauschalen (diagnosis related groups, DRG) abrechnen. Angesichts der grundlegenden Veränderungen, die mit dem Wechsel zur DRG-Finanzierung einhergehen werden, ist es bemerkenswert, dass die öffentliche Auseinandersetzung um diesen Systemwandel bis vor kurzem weitgehend ausgeblieben ist. Aus ethischer Perspektive gilt dies umso mehr, als die Einführung der DRGs anerkanntermassen sowohl mit einer Reihe von ethisch bedeutsamen Chancen als auch mit beträchtlichen Risiken verbunden ist. Zu erörtern sind hierbei unter anderem Fragen der Versorgungsqualität, der Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit im Feld medizinischer Leistungen sowie der Schnittstellen zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich. Das Augenmerk ist aber nicht nur auf die Patientinnen- und Patientenseite, sondern auch auf die betroffenen Berufsgruppen zu richten – etwa auf die veränderten Rahmenbedingungen pflegerischen und ärztlichen Handelns. Nicht zuletzt ist auch die übergeordnete Frage nach der Rolle des Spitals in der Gesellschaft neu zu stellen.

Die NEK-CNE und die SAMW haben sich in dem am 10. Juni 2009 gemeinsam durchgeführten Symposium „Ökonomisierung der Medizin? Die Einführung der DRGs an Schweizer Spitälern als ethische Herausforderung“ dieser Fragen angenommen. Dabei war es eines der Ziele, zusätzlich zu den vorgelagerten Publikationen beider Institutionen zu einer vermehrten öffentlichen Diskussion auch der ethischen Herausforderungen, mit denen die Einführung der DRGs einhergeht, beizutragen. Hierfür erweist sich der Blick auf Erfahrungen, die im Inland, aber auch im angrenzenden Ausland (insbesondere in Deutschland) mit dem DRG-System gemacht werden, als unabdingbar.

Das vorliegende Heft dokumentiert dieses Symposium. Nach einer praxisgeleiteten Einführung von Oliver Peters in das Instrument DRG und in dessen Stärken und Schwächen thematisieren Bernard Braun und Bertrand Kiefer in ihren Beiträgen die Auswirkungen der DRGs auf die Situation der Patientinnen und Patienten. In der Folge widmen sich Arne Manzeschke, Pierre-François Cuénoud, Sabine Bartholomeyczik, Barbara Gassmann und Samia Hurst in fünf Beiträgen der veränderten Ausgangslage für die Pflegenden und für die Ärztinnen und Ärzte. Mit einem Blick auf die Fragestellungen, die im Rahmen der allseits geforderten Begleitforschung aus ethischer Sicht zu behandeln sind, schliessen Eliane Pfister, Verina Wild und Nikola Biller-Andorno die Beitragssammlung ab.

Die von der SAMW und der NEK-CNE schon früh geforderte öffentliche Auseinandersetzung um die Einführung der DRGs hat sich inzwischen intensiviert – seitens der Ethik gilt es zweifellos, diese auch weiterhin aufmerksam zu verfolgen und wo immer möglich kritische Denkanstösse einzubringen.

Dr. des. Jean-Daniel Strub, Bern, Leiter Sekretariat und Geschäftsstelle der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE)

Contenu / Inhalt

Editorial	1
DRG in der Schweiz – eine Einführung	2
Der Einfluss der DRG-Einführung auf die Situation der PatientInnen in Deutschland	6
L'introduction des DRG et la situation des patients dans une perspective éthique	9
Zum Einfluss der DRG auf Rolle und Professionsverständnis der ÄrztInnen	11
Influence de l'introduction des DRG sur le rôle et la profession des médecins	14
Zum Einfluss der DRGs auf die Aufgaben und die Rolle der Pflegenden	17
Kontinuität der Pflege verlangt neue Arbeitsteilung zwischen stationärem und ambulantem Bereich	21
L'introduction des DRG et leur influence sur le personnel médical dans une perspective éthique	24
Grundlagen einer Begleitforschung zur Einführung der DRGs aus ethischer Sicht	27
EACME-Meeting 2010: Call for abstracts	30
SAMW-Leitfaden «Forschung mit Menschen»	31
Agenda	32
Impressum	32

DRG in der Schweiz – eine Einführung

Oliver Peters, Directeur administratif et financier CHUV, Lausanne

DRG sind in der Westschweiz, im Tessin und in einigen Deutschschweizer Spitälern seit mehreren Jahren (in der Form von APDRG) klaglos eingeführt. Es lassen sich empirisch keine grossen Unterschiede im Qualitäts- oder Kostenniveau zwischen Spitälern mit/ohne APDRG feststellen. Es gibt teure Spitäler mit, wie es billige Spitäler ohne DRG gibt. Es geht bei der Diskussion um eine allgemeine Einführung von DRG in der Schweiz (SwissDRG) also nicht nur und hauptsächlich um das Instrument DRG, sondern auch und v.a. um die finanziellen und organisatorischen Rahmenbedingungen dieser Einführung.

Was ist ein DRG-System und wie wird eine Fallpauschale festgelegt?

DRG sind ein Instrument, mit dem einzelne Spitalaufenthalte *ex post*

- aufgrund von Haupt- und Nebendiagnosen, Haupt- und Nebeninterventionen einer Fallpauschale zugeordnet werden;
- abgegrenzt, und aufgrund besonders kurzer und besonders langer Aufenthaltsdauern korrigiert werden (nicht alles ist in der Pauschale enthalten);
- evtl. nach speziellen Gesichtspunkten bewertet werden, die ein Zusatzentgelt rechtfertigen (Aufenthalt Intensivstation oder andere aufwändige Einzelleistungen).

All dies geschieht nach abgeschlossenem Spitalaufenthalt, nach allfälliger Wartefrist für Zusatzaufenthalte, sowie nach Dokumentierung und Kodierung des betreffenden Einzelfalls.

Die wichtigsten Stellschrauben eines DRG-Systems

Wichtige Stellschrauben des Systems sind

- die Fallabgrenzung, also die Frage, wie wiederholte Spitalaufenthalte oder Spitalaufent-

halte über mehrere Spitäler hinweg abgegrenzt oder zusammengefasst werden;

- die Intelligenz des „Groupers“, also die Fähigkeit des Pauschalenzuordnungsmoduls, die Kostenverläufe möglichst genau und zuverlässig abzubilden. Besondere Anforderungen stellen hier Mehrfachkrankheiten/-interventionen, "komplizierte Fälle", Chronischkranke, Patienten mit Zusatzbetreuung (z.B. Behinderte), die Pädiatrie, aufwändige Einzelleistungen (Intensivstation, Dialyse, Chemotherapien, stationäre Endoskopien, Radiochirurgie, ...), sowie technologische Neuerungen;
- die Entschädigung von aussergewöhnlich tiefen und hohen Aufenthaltsdauern. Hier geht es darum, den Normalkostenverlauf möglichst genau abzubilden: Chirurgische Eingriffe haben z.B. häufig einen hohen Prozentsatz der Kosten am Anfang des Spitalaufenthalts, während die Behandlung einer Leukämie nach einer bestimmten Dauer wesentlich teurer werden kann, weil der Patient auf die Normalbehandlung nicht angesprochen hat;
- die Berechnung allfälliger Investitionskostenzuschläge. Hier geht es darum, Landspitäler nicht mit städtischen Grundstückspreisen und Low-Tech-Leistungserbringer nicht mit Universitätsspital-Equipment auszufinanzieren.

Was kann ein DRG-System und was kann es nicht?

DRG sind darauf ausgerichtet, die Gesamtschädigung eines Spitals im Verhältnis zu derjenigen eines vergleichbaren Spitals zu bestimmen. Sie sind nicht dafür geeignet, einen einzelnen Spitalaufenthalt treffsicher zu entschädigen oder Spitäler untereinander über verschiedene Spitaltypen oder regionale Gesundheitsorganisationen hinweg zu vergleichen. Ein DRG-System garantiert auch keine angemessene Abbildung des

Beitrags der Pflege oder der Ärzte (oder der pharmazeutischen Industrie) an der Behandlung eines Patienten, sondern nur die der zu erwartenden Gesamtkosten.

DRG-Systeme erfassen nicht alle Elemente, die die individuellen Fallkosten beeinflussen, sondern nur etwa 50%¹: Es gibt Einflussfaktoren, die nicht direkt mit dem Spitalaufenthalt und dessen Einzeldiagnose verbunden sind und/oder nicht behandelt werden können (Alter, Gewicht, chronische Krankheiten, Behinderungen). Und es gibt fallerschwerende Faktoren, die nicht oder nicht genügend erfasst werden können (wiederholte oder nicht erfolgreiche Behandlungen, Komorbiditäten).

DRG-Systeme erfassen deshalb auch nicht alle Elemente, die die durchschnittlichen Fallkosten nach Spitaltypus bestimmen, weil einzelne Spitaltypen systematisch kompliziertere Fälle anziehen (grosse Spitäler mit hohem Versorgungsniveau ziehen komplizierte Patienten an) oder abweisen können (private, kleine oder ambulante Leistungserbringer ziehen in der Regel Fälle von berechenbarer Komplexität an); beziehungsweise weil sich einzelne Spitaltypen auf wenige Aktivitäten mit risikoarmen Behandlungsverläufen – und entsprechend effizienter Produktion – konzentrieren können (private, kleine oder ambulante Leistungserbringer), während andere jederzeit mit einer Vielzahl von verschiedenen Spezialitäten für alle Patienten aufnahmebereit sein müssen (öffentliche, grosse Einrichtungen)². Die soziale Zusammensetzung der Patienten spielt ebenso eine Rolle wie die Frage, ob ein Spital auch einen Ausbildungsauftrag (für Ärzte und Pflegepersonal) hat. Und schliesslich gibt es externe Faktoren (regionale Lohnniveaus, Konkurrenz), die vom DRG-System nicht erfasst werden können.

Aus all diesen Gründen kennen die USA nicht weniger als vier verschiedene Zuschlagsarten für unterschiedliche Spitaltypen, regionale Lohn- und Preisniveaus, Ausbildungsaufträge,

sowie die Versorgung spezifischer Patientengruppen³. Auch andere Länder kennen solche Zusatzfinanzierungen. Es ist ausserordentlich bedauerlich, dass Schweizer Entscheidungsträger bisher mehrheitlich der gründlich deutschen DRG- und Marktgläubigkeit folgen und entgegen wissenschaftlicher Evidenz die Losung „One DRG, one price“ ausgeben.

Manipulierbarkeit, Chancen und Risiken von DRG-Systemen

DRG-Systeme können in der Praxis – z.B. mit dem vielzitierten „Upcoding“ (also der Erfassung nicht vorhandener Diagnosen oder nicht erbrachter Leistungen) manipuliert werden. Solche Verhaltensweisen sind jedoch relativ einfach zu überprüfen und zu sanktionieren. Häufiger und schwieriger zu verhindern sind aber Verhaltensanpassungen, die darauf hinzielen, unrentable Aktivitäten (z.B. die Notfallaufnahme) zu minimieren und unrentable oder risikoreiche Patienten abzuweisen oder weiterzureichen. Interessant kann es auch sein, eigene (Betten- oder OP-)Kapazitäten zu schützen, um möglichst nahe beim Effizienzoptimum zu produzieren, resp. Platz für rentable Aktivitäten in Bereitschaft zu halten.

DRG bieten die Chance, bisherige Fehlanreize (lange Aufenthaltsdauern, medizinischer Aktivismus) zu beseitigen, bergen allerdings auch das Risiko der Unterversorgung (Qualitätsprobleme, „bloody exits“) und der Rosinenpickerei. Die Einführung eines DRG-Systems birgt wie alle grossen organisatorischen oder finanziellen Veränderungen die Gefahr eines (stark) erhöhten Kostendrucks auf die Leistungserbringer. Ein Scheinproblem ist die „Ökonomisierung“ der Medizin, bzw. die Einführung nicht-medizinischer Behandlungskriterien. Es hat immer nicht-medizinische Behandlungskriterien gegeben und es wird sie immer geben. Deren Einfluss und Bedeutung sind nicht abhängig vom Finanzierungsinstrument, sondern von der finanziellen Gesamtversorgung des Gesundheitssystems, vom öffentlichen Zugang zu diesem System, sowie vom Entlohnungssystem der darin praktizierenden Ärzte.

¹ Lynk, W.J. (2001): „One DRG, one price? The effects of patient condition on Price Variation within DRG's and across Hospitals“, in: *International Journal of Health Care Finance and Economics* 1 (2), 111-137. Lynks Berechnungen sind mit ähnlichen Ergebnissen für die Schweiz nachvollzogen worden.

² Neben Lynk 2001 auch Or, Z. et al. (2009): „Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France“, Document de travail IRDES, mai 2009.

³ Or, Z./Renaud, T: „Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) – Enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères“, Document de travail IRDES, mars 2009.

Evidenz zur Einführung von DRG-Systemen

Empirisch sind bisher bei der Einführung von DRG keine gravierenden Qualitätsprobleme nachgewiesen worden. Bekannte Studien zur Einführung von DRG in den USA⁴ (80er Jahre), Italien (90er Jahre) und Schweden (90er Jahre) zeigen folgende Wirkungen einer DRG-Einführung im akutsomatischen Bereich:

- massiv kürzere Aufenthaltsdauern;
- sinkende Fallzahlen und höhere Fallschweren;
- gleichbleibende Mortalitäten (sinkend im Spital, tiefer nach 30 Tagen, gleich nach 180 Tagen);
- eher bessere Pflege (durch Systematisierung und Standardisierung der Behandlungsabläufe);
- höheres Risiko von Problemen bei Spitalaustritt (höhere Fallschwere oder schlechtere Vorbereitung auf Austritt), aber keine signifikante Outcome-Wirkung.

Haben DRG eine Wirkung auf die Gesundheitskosten?

Die Kosten sind im Gesundheitswesen ausserordentlich stark konzentriert: 1% der Versicherten machen 25-30% der Gesamtkosten aus, 10% der Versicherten 70% der Kosten⁵. Eine gute Kontrolle der Gesundheitskosten ist also nur dann möglich, wenn die medizinische Versorgung der 10% teuren Fälle (in ihrer Mehrheit chronisch Kranke) möglichst gut organisiert ist, mit anderen Worten das Zusammenspiel der verschiedenen Leistungserbringer (Hausärzte,

Spezialisten, Spitäler, Pflegeheime, Spitex) möglichst harmonisch verläuft. Diese Integration der Gesundheitsversorgung verlangt aber nach einer gewissen Stabilität des Systems und der Bereitschaft der Player, in funktionierende Schnittstellen, d.h. in den Gesamtnutzen des Systems (Overhead) zu investieren. Stabilität und Gesamtnutzen stehen aber in einem gewissen Widerspruch zu einer DRG-Pauschalfinanzierung mit Konkurrenz der Leistungserbringer und Benchmarking.

Es ist also nicht erstaunlich, wenn ex post-Untersuchungen zeigen, dass die Einführung von DRG-Systemen zu einem einmaligen Rückgang des Kostenanteils der stationären Spitalversorgung führt (zugunsten von ambulanten Behandlungen und Pflegeheimen), dass sie also die Nutzung vorhandener technischer und organisatorischer Möglichkeiten unterstützt, nicht aber zu einer dauerhaft niedrigeren Kostenentwicklung der Spitäler (inkl. ambulante Bereiche) und noch viel weniger zu einer Senkung der gesamten Gesundheitskosten führt⁶. Es sei hier daran erinnert, dass der DRG-Pionier USA die höchsten Gesundheitskosten der Welt aufweist, und Deutschland die Schweiz seit der Einführung von DRG in Jahr 2004 in Sachen Gesundheitskosten überholt hat.

DRG und Wettbewerb

In Zusammenhang mit der Einführung von DRG wird in der Schweiz auch gerne davon gesprochen, dass mehr Wettbewerb ermöglicht werden soll, um positive Wirkungen auf die Kosten und/oder die Qualität der Gesundheitsversorgung zu erzielen.

Die verfügbare Evidenz zur Wirkung von Wettbewerb auf die Behandlungsqualität ist nicht eindeutig, scheint aber die Intuition zu bestätigen, wonach mehr Konkurrenz dort zu positiven Qualitätswirkungen führt, wo Nachfrageelastizität besteht, und das betreffende Patientensegment rentabel ist. Bei nicht rentablen Patientengruppen (oder niedriger Nachfrageelastizität) sind hingegen negative Effekte zu erwarten, d.h. also bei den genannten 10% der Versi-

⁴ Vgl. Chulis, G.S. (1991): „Assessing Medicare's Prospective Payment System for Hospitals“, in: *Medical Care Review* 48 (2), 167-206; Kahn, K.L. et al. (1990): „A summary of effects of DRG-based Prospective Payment System on quality of care for hospitalized Medicare patients“, in: *JAMA* 264 (15), 1953-1955; Louis, D.Z. et al. (1999): „Impact of a DRG-based Hospital Financing System on Quality and Outcomes of Care in Italy“, in: *Health Services Research* 34 (1), 405-415; Ljunggren, B./Sjödén, P.-O. (2003): „Patient reported quality of life before, compared with after a DRG intervention“, in: *International Journal for Quality in Health Care* 15, 433-440.

⁵ Krugman, P. (2006): „The Health Care Crisis and What to Do About It“, in: *The New York Review of Books* 53 (5), March 23, 2006. Schweizer Zahlen ergeben die gleiche Verteilungen.

⁶ Vgl. Chulis, G.S. (1991) und Eldenburg L./Kallapur, S. (2000): „The effect of changes in cost allocations on the assessment of cost containment regulation in hospitals“, in: *Journal of Accounting and Public Policy* 19 (1), 97-112.

cherten, die 70% des Gesamtvolumens ausmachen⁷.

Die Kostenwirkungen einer verschärften Konkurrenz unter den Leistungserbringern scheinen ziemlich eindeutig. Der profitorientierte Sektor wird sich auf die rentablen Tätigkeitsbereiche konzentrieren, diese dem nicht profitorientierten Sektor entziehen, um sich damit Geschäftsvolumen und Profitmargen zu sichern. Daraus ergeben sich höhere verbleibende Nettokosten im Non Profit-Bereich. Gesamthaft gehen die Kosten der Gesundheitsversorgung hoch⁸. Schliesslich gibt es eine breite Evidenz dafür, dass profitorientierte Leistungserbringer sich auf rentable Tätigkeitsgebiete konzentrieren⁹ und bei vergleichbarer Fallschwere teurer (und qualitativ schlechter) arbeiten als Non Profit-Einrichtungen¹⁰.

DRG und Finanzierungsniveau

Es gibt in der Schweiz unterschiedliche Produktionskostenniveaus: Nach Region/Lohnniveau, nach Spitaltypus, nach externem Umfeld und schliesslich auch gemäss der Aufgabenteilung zwischen Regional-, Zentrums- und Universitätsspitalern. Wir erleben bereits heute, dass nicht kantonale Gesamtorganisationen miteinander verglichen werden, sondern die billigsten Einzelkomponenten jeweils zum Benchmark

erklärt werden. Sollte sich diese Tendenz im Zug von SwissDRG verstärken, ist ein erhöhter Spardruck auf die öffentlichen Spitäler zu befürchten, der deren Qualität und Attraktivität schmälern, den profitorientierten Bereich stärken und die Gesamtkosten in die Höhe treiben wird (siehe analoge Entwicklungen in Deutschland und Frankreich).

Rahmenbedingungen für die Einführung

Es spricht also vieles dafür, genügend Zeit bei der Einführung einzuplanen, um die angewandten Modelle anhand von Schweizer Daten austesten zu können, bevor scharf geschossen wird. Eine eigentliche Schattentarif-Phase (die nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Vorgaben steht) könnte dazu dienen, die Wirkung der neuen Tarifstruktur auf die Finanzierungsniveaus transparent zu machen, und den Akteuren eine geordnete Anpassung zu ermöglichen.

Das Gesetz schreibt eine einheitliche Tarifstruktur vor, es sind aber zwingend regional unterschiedliche Tarifhöhen (Baserates) zuzulassen: Es gibt keinen vernünftigen Grund die Finanzierung der Genfer Spitäler auf das Lohnniveau von Appenzell-Ausserrhododen auszurichten. Unterschiedliche Tarife müssen auch für unterschiedliche Spitaltypen beibehalten werden, weil diese unterschiedliche Patiententypen behandeln, die nicht vom DRG-System erkannt werden, resp. ganz unterschiedliche Standby-Kosten haben, die nicht in die Tarifstruktur eingehen können.

Schliesslich muss Rosinenpickerei wenn nicht verhindert, so doch behindert werden, indem DRG unter KVG nur in Spitälern mit Aufnahmезwang und einem minimalem Leistungsspektrum zur Anwendung gelangen, und indem (i.V. zur Fallschwere) übermässige Patiententransfers, resp. übermässige Rehospitalisierungen (bei den abgebenden Leistungserbringern) sanktioniert werden.

Wie können negative Begleiterscheinungen von DRG kontrolliert werden

DRG sind keine neue magische Hand. Es ist eine zeitnahe öffentliche und politische Kontrolle über die Spitäler notwendig, um sicherzustellen, dass sich wesentliche Leistungskennzahlen der Gesundheitsversorgung nicht verschlechtern:

⁷ Propper, C./Burgess, S. (2003): „Competition and Quality: Evidence from the NHS Internal Market 1991-1999“, CMPO Working Paper Series No. 03/077, May 2003.

⁸ Silverman, E.M./Skinner, J.S./Fisher, E.S. (1999): „The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending“, in: *New England Journal of Medicine* 341 (6), 420-426.

⁹ Siehe Or, Z. et al. (2009): „Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France“, Document de travail IRDES, mai 2009.

¹⁰ Devereaux, P.J. et al. (2004): „Payments for care at private for-profit and private-not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis“, in: *Canadian Medical Association Journal*, 170 (12), 1817-1824; Rosenau, P.V./Linder, S.H. (2003): „Two Decades of Research Comparing For-Profit and Nonprofit Health Provider Performance in the United States“, in: *Social Science Quarterly* 84 (2), 219-241; Woolhandler, S./Himmelstein, D. (1997): „Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States“, in: *New England Journal of Medicine* 336 (11), 769-774; Horwitz, J.R. (2005): „Making Profits and Providing Care: Comparing Nonprofit, For-profit, and government hospitals“, in: *Health Affairs* 24 (3), 790-801.

Massgeblich erscheinen mir Daten zur Gesamtfinanzierung, zur Finanzierung pro Fall/Punkt, zur Bettenbelegung, zu den Wartezeiten (Notfall, Wahleingriffe), zur Patientensicherheit und zum kurz- und langfristigem Outcome.

Zur Überwachung der Spitäler nicht tauglich sind Mortalitätskennzahlen (zu wenig Fälle, Mortalität ausserhalb des Spitals wird nicht gemessen) und alle nicht-Fallschwere-adjustierten Indikatoren (auch die vielbesprochenen Patientenzufriedenheiten).

Ökonomisierung der Medizin? II

Der Einfluss der Einführung der DRG auf die Situation der Patientinnen und Patienten in Deutschland

Dr. Bernard Braun, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

In zwei, 2002/03 und 2005 bundesweit mit identischen Fragen durchgeführten schriftlichen Befragungen von Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die jeweils innerhalb von drei Monaten vor der Befragung in stationärer Behandlung waren, wurden jeweils mehrere tausend 30- bis 80-jährige Patienten nach ihren Erfahrungen gefragt, die sie beim Zugang zur stationären Versorgung, mit der Behandlung im sowie mit der Entlassung aus dem Krankenhaus und der nachstationären Situation gemacht hatten. Die Befragungsergebnisse zum Versorgungsprozess wurden durch individuenbezogene Analysen von Routinedaten dieser gesetzlichen Krankenkasse über die medizinischen Behandlungsanlässe und die wesentlichen Behandlungsinhalte ergänzt.

Anders als in vielen anderen Studien, die retrospektiv und damit verzerrungsanfällig Veränderungen zu messen versuchen, versuchte das Forschungsprojekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System (WAMP)“¹, Patientenwahrnehmungen und -erfahrungen parallel zur Einführung und Einwirkung der DRG, d.h. vor

ihrer flächenhaften Einführung und während bzw. nach einer gewissen Zeit der Einführung zu erheben. Ein Teil der Fragen wurde inhaltlich identisch neben Patienten auch Pflegekräften und Ärzten gestellt.

Ein wichtiger inhaltlicher Ausgangspunkt der Untersuchungen war das Bündel von Befürchtungen und positiven Erwartungen, das die wissenschaftliche und politische Debatte vor dem Start in das DRG-System in den Jahren 1999-2002 beherrschte. Zu den Befürchtungen und Erwartungen gehörten z.B. die „blutige Entlassung“, die Selektion/Nichtaufnahme komplizierter multimorbider Patienten, die Rehospitalisierung bzw. das Fallsplitting, eine „schlechtere“ Behandlung von multimorbiden Patienten und Verschärfungen der Probleme mit der Koordination der Versorgung durch kürzere Liegezeiten. Erwartungen in Richtung Verbesserung konzentrierten sich u.a. auf eine besser strukturierte Behandlung (z. B. clinical pathways), die zügigere und zielorientierte Aufnahme sowie die bessere Vorbereitung der Patienten auf die nachstationäre Behandlung und Versorgung.

Die wesentlichen Erkenntnisse über DRG-Wirkungen stammen sowohl direkt von Patienten als auch ergänzend von Angehörigen der beiden Hauptprofessionen im Krankenhaus. Vermutet wird dabei, dass ein Teil der bisher nur von Beschäftigten wahrgenommenen oder ertragenen Effekte mehr oder weniger schnell bei den Patienten zur Geltung kommen.

¹ Das Projekt WAMP wurde zwischen 2002 und 2008 von der Hans Böckler-Stiftung, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Landesärztekammer Hessen gefördert. Es umfasste neben den Patientenbefragungen auch wiederholte bundesweite schriftliche Befragungen von Pflegekräften und Ärzten in Krankenhäusern und längsschnittliche qualitative Fallstudien in vier Krankenhäusern. Weitere Informationen zum Projekt und Links zu veröffentlichten Beiträgen findet man u.a. auf www.forum-gesundheitspolitik.de.

Selektion bei Aufnahme, „blutige“/ zu frühe Entlassung und Nachteile für „komplizierte Fälle“

Der Anteil der Patienten, die angaben, von einem Krankenhaus abgewiesen oder von „Tür-zu-Tür“ geschickt worden zu sein, fiel von 3,1% auf 2,9%. Der Anteil von Patienten, die meinten, ihr Aufenthalt hätte etwas länger sein können, stieg von 8,9% auf 9,4%. Eine Studie, die Rehabilitationseinrichtungen und ihre Träger befragte, die sogenannte REDIA-Studie,² fand hingegen heraus, dass die Erkrankungsschwere bei orthopädischen und kardiologischen Indikationen in der Rehabilitation 2005/2006 gegenüber 2003/2004 zugenommen hat.

Für grosse Teile der Patientenschaft unterschieden sich die Behandlungserfahrungen im Krankenhaus im Jahr 2005 nicht wesentlich von denen in 2003. Die einzige Teilgruppe, die zu den „Versorgungsqualitäts-Verlierern“ gehört, sind die Patienten mit drei und mehr Behandlungsanlässen (multimorbide Patienten). Diese Gruppe umfasste 4,6% (2003) und 3,8% (2005) aller befragten Patienten.

Diesen Patienten ging es bei einer Fülle von Indikatoren der Versorgungsqualität (z.B. Information über Vorerkrankungen und Behandlung, Behandlung mit Aufmerksamkeit, vorbildliche Betreuung, Vertrauen in Krankenhaus und Personal) im Jahr 2005 gegenüber 2003 wesentlich häufiger schlechter als Patienten mit einer Erkrankung. Wenn es Verschlechterungen gab, fielen sie 2005 bei multimorbiden Patienten intensiver aus als bei Befragten mit „nur“ einer Erkrankung.

Fallsplitting/Rehospitalisierung

Die mit den Daten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) bis einschliesslich 2005 durchgeführten Analysen der Rehospitalisierungsrate zeigen weder für die Gesamtheit der Behandlungsanlässe noch für die meisten erstdiagnostizierten und behandelten Krankheitsbilder dramatische Entwicklungen: Die Rate ist zwar zwischen 1990

und 2005 gestiegen (von 15,6% der Patienten, die nach 30 Tagen wieder stationär aufgenommen wurden, auf 17,6%), ist aber schon deshalb nicht einfach auf den DRG-Einfluss zurückzuführen, weil der grösste Teil des Anstiegs bereits zwischen 1990 und 1995 stattfand, also einer Zeit in der es noch keine Fallpauschalen gab: Von 15,6% auf 16,8%.

Auch den „Verdacht des Fallsplittings kann man nach allen vorliegenden Ergebnissen zurückweisen“³. Die Wiedereinweisung mit unterschiedlichen Diagnosen ist „nur im Zeitraum 1995 bis 2000 zu erkennen. Von 2000 bis 2005 ist sie sogar wieder rückläufig“.

Schnittstelle stationär/ambulant: Verbesserungen bei Aufnahme und Entlassung

Der Anteil der Ärzte, denen bei der Aufnahme die Patientenunterlagen „selten“ oder „sehr selten/nie“ zur Verfügung stehen, stagniert zwischen 56% (2004), 58% (2005) und 56% (2007/08).

Unter der von Praktikern bestätigten Annahme, dass die Mindestanforderung an einen in der Aufnahme arbeitenden Arzt in einer mindestens einjährigen Tätigkeit als Assistenzarzt besteht, ist der hohe und auch noch ansteigende Anteil von 73,5% (2004) auf 75% (2007/08) zunehmende Anteil der dort tätigen Ärzte, die diese Qualifikationsanforderung nicht erfüllt, unerwartet hoch.

Die Existenz und der Erhalt inhaltlicher Leistungen, die wichtige Zieldimensionen des Entlassungs- oder Überleitungsmanagements darstellen und von den befragten Patienten auch für notwendig gehalten wurden, sieht folgendermassen aus:

- 11,3% (2002: 12,2%) der Patienten erhielten keinerlei Erklärungen zum Sinn und Zweck der ihnen im Krankenhaus verordneten Medikamente,
- 15,4% (15,8%) erhielten keinerlei Erklärung, auf welche Warnsignale sie nach der Entlassung achten sollen,

² Eiff, W. von/Kleemann, A./Middendorf, C.: „Rehabilitation und Diagnosis Related Groups (REDIA-Studie): Auswirkungen der DRG-Einführung im Akutbereich auf die medizinische Rehabilitation“, Institut für Krankenhausmanagement, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

³ Braun, B./Müller, R. (2006): „Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten“, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 46, 118.

- 21,8% (24,8%) erhielten keinerlei Erklärung, wann und wie sie ihre Alltagsaktivitäten wieder aufnehmen können,
- 25% (29,3%) erhielten keinerlei Erklärung, wie sie sich bei ihrer Genesung selber helfen können und
- 57,2% (61,9%) der Angehörigen von Patienten erhielten keinerlei Informationen, wie sie ihnen bei der Genesung helfen können.

Die Wahrnehmungen und Erfahrungen der Patienten werden nachdrücklich durch Antworten von Ärzten auf gezielte Fragen nach wichtigen Bestandteile des Entlassungsmanagements bestätigt und sogar noch um weitere Aspekte angereichert.

Der Anteil der Krankenhaus-Ärzte, die eine

- gut funktionierende Kooperation mit Fachärzten haben, bewegt sich zwischen 24%, 21% und 23%,
- der Anteil, der eine gut funktionierende Kooperation mit Hausärzten hatte, liegt bei 18% (2005) und 19% (2007),
- der Anteil mit einer gut funktionierenden Kooperation mit Rehaeinrichtungen, sinkt von 49% über 42% auf 44%
- und der Anteil von Ärzten, die eine gut funktionierende Kooperation mit der ambulanten Pflege haben, steigt von 39% über 38% auf 43%.

Von den ebenfalls, etwas pauschaler zum Zustand der Entlassungsschnittstelle befragten Pflegekräfte, gibt ein von 37% (2004) auf 34% (2006) sinkender Anteil an, in einem Krankenhaus mit gut funktionierendem Entlassungsmanagement zu arbeiten.

Beschäftigterenerfahrungen als mögliche Vorzeichen für künftige Patientenerfahrungen

Ein typisches Beispiel für die zuerst nur von Beschäftigten erfahrenen Veränderungen des Berufsalltags sind Dissonanzen zwischen professionellen und ethischen Normen und der Behandlungswirklichkeit:

- Nur etwa 16% der *Ärzte*, welche Rationierung von Leistungen voll ablehnen, arbeiten in Kliniken, in denen dies auch ihre Praxis prägt. Von den 80 bis 90% der *Ärzte*, welche

die soziale und emotionale Zuwendung zu den Patienten für wichtig halten, schaffen dies praktisch immer weniger: „Eher nicht“ oder „gar nicht“ sagen 34% (2004), 39% (2005) und 36% (2007).

- Fast alle Pflegekräfte wollen 2006 Patienten bei der Behandlung mitentscheiden lassen, nur bei 49% entspricht dies ihrer Praxis. 95% der Pflegekräfte stimmen 2006 der Aussage zu, zur Behandlung sollte grundsätzlich eine soziale und emotionale Zuwendung gehören; nur bei 53% findet dies auch „ausreichend“ statt.

Ein Indikator für die Veränderung der Behandlungs- und besonders Ergebnisqualität unter DRG-Bedingungen ist der nachstationäre Behandlungs- oder Versorgungsbedarf. Der Bedarf nahm aus Sicht der Patienten besonders bei Rehabilitationsleistungen, Physiotherapie, häusliche Betreuung durch Angehörige und Hilfsmitteln zwischen 2003 und 2005 um durchschnittlich 5% zu. Rund 25% der Patienten mit einem Bedarf nachstationärer Leistungen brauchten 2005 mehr als eine Leistung dieser Art. Besonders auffällig ist bei einigen Leistungen eine unzureichende Behandlungskontinuität: Mit Ausnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung hatten drei bis vier Monate nach der Entlassung zwischen 10% und 80% der Befragten Leistungen (noch) nicht erhalten, die sie nach ihrer Ansicht gebraucht hätten. Daran änderte sich zwischen 2002 und 2005 praktisch nichts. Da die beiden Patientengruppen altersstandardisiert wurden, können die Entwicklungen nicht durch ein höheres Durchschnittsalter der 2005 befragten Personen erklärt werden.

Für künftige Forschung über Wirkungen auf Patienten sind besonders zwei Erkenntnisse wichtig: Erstens liefern parallele Untersuchungen der Wahrnehmungen und Erfahrungen möglichst vieler an der stationären Versorgung beteiligter oder davon betroffenen sozialen Akteure deutlich tiefere Einblicke in die aktuelle und perspektivische Wirkung der DRGs. Zweitens müssen bei Patientenbefragungen sehr differenzierte Analysen von betroffenen Teilgruppen stattfinden, die in ausschliesslich repräsentativen Befragungsdesigns in zu geringer Anzahl auftauchen. Dafür ist ein gezieltes Oversampling geeignet.

L'introduction des DRG et la situation des patients dans une perspective éthique

Dr méd. Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue Médicale Suisse et directeur de la coopérative d'éditions médicales Médecine et Hygiène, membre de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Genève

L'introduction des DRG s'inscrit au sein d'une évolution toujours plus paradoxale de la médecine hospitalière. D'un côté, s'impose un mouvement qui depuis, disons, les années 80, revendique que les patients soient mieux reconnus, considérés selon une vision holistique et non comme de simples porteurs d'une maladie. Main dans la main avec ce mouvement progresse une éthique de l'autonomie, selon laquelle il n'existe pas de « mieux », ni de « normal », ni de « santé » qui vaille absolument, toute donnée biologique, physique ou psychique devant être interprétée à l'aune de la personne. Cette éthique impose de pratiquer des soins intégrés, où le bien-être psychique compte autant que la santé somatique, où les options de soins se négocient entre soignants et patients et où la prévention fait partie intégrante de ce que la médecine doit à chaque individu.

Et puis, en face, prenant aussi son origine dans le dernier quart du vingtième siècle, s'affirme avec force une tendance contraire : celle du management centralisé. On n'y parle pas de patients, mais d'« itinéraires cliniques », de « coûts-efficacité », de « disease management » ou encore de « maîtrise des coûts de production » et de « positionnement face à la concurrence ». Le conflit ne vient pas du rôle du management – distribuer au mieux des fonds et décider de choix globaux – il vient de ce que le management se prétend seul à même de piloter le système de santé. Plus encore que contrarier la médecine basée sur la personne, il l'ignore. Reposant sur la maxime : « same prize for same product », les DRG sont un maillon crucial de ce management. Dans la perspective d'un management par les DRG, la personne et la médecine psychosociale restent invisibles. Les soins sont considérés comme des produits standardisés.

Le système des DRG introduit davantage de compétition, valorise l'efficacité, ce qui doit être considéré comme positif. Mais en même temps, les DRG standardisent et figent la

médecine en établissant et contrôlant ce qui est considéré comme normal ou pathologique. Ils le font sans réellement prendre en compte le fait que les maladies – les entités nosologiques – sont des constructions culturelles. Mais surtout, le projet des DRG ignore un aspect essentiel de l'éthique : la non-interchangeabilité des personnes. Le respect de la diversité, du déviant, de l'errance, de la contre-performance, bref : de la différence attachée à chaque personne, y compris dans ses aspects dérangeants.

Or, le respect de la différence, jusqu'à la déviance, se trouve au cœur de l'éthique médicale. La médecine n'a pas à devenir une entreprise au service de la normalisation de la société.

Derrière le projet DRG, il y a certes une volonté d'améliorer l'organisation du système hospitalier, dans le but éthiquement important de contrôler les coûts et donc, à la fin, de préserver la solidarité dans l'accès aux soins. Mais leur application va à l'encontre de ce but. Tous les patients, dans l'optique des DRG, doivent être soignés au moindre coût, dans un temps minimum, leur « rentabilité » dépendant des possibilités de codage qu'offre leur condition de santé. Par sa simple logique, ce cadre définit un groupe de patients « non lucratifs ». Dans ce groupe des *persona non grata* du système hospitalier (les hôpitaux soumis aux DRG ont tout intérêt à ne pas les admettre) se trouvent les malades déjà les plus vulnérables au plan de leur socialisation : malades chroniques, souffrant de polymorbidité, âgés, handicapés ou en fin de vie. Alors qu'ils constituent une bonne partie des personnes dont l'état de santé exige une hospitalisation, ils sont vus comme des gâchet-statistiques, des individus-problèmes, en raison des soins difficilement codables et de l'accompagnement relationnel important dont ils ont besoin.

Les patients les plus vulnérables seront donc les plus affectés par l'introduction des DRG. Mais au-delà d'eux, ce que les DRG

menacent, c'est la partie vulnérable de chaque patient. Le rapport humain, voire la compassion qu'il demande, les questions qu'il aimerait poser, le dialogue et les choix qui font qu'il sera respecté dans l'unicité de sa personne, et qui apparaîtront, pour les hôpitaux mis en compétition, comme des coûts sans « utilité », donc à réduire, voire à proscrire.

Pourquoi attendre les résultats d'une étude d'accompagnement avant d'agir ? Les dérives liées à l'introduction des DRG ont, pour la Suisse, une très forte probabilité : elles ont été observées dans les autres pays. La question, donc, avant même d'envisager une étude d'accompagnement, est : que font les pays qui considèrent le mieux les patients ? Par quels correctifs modèrent-ils le système de DRG ? Comment mettre d'emblée en place ces correctifs pour ne pas détruire la culture hospitalière, l'éthique des soins – en sachant que, s'il est facile de détruire un système culturel, il est beaucoup plus difficile de le reconstruire ?

Dans un premier temps, selon l'agenda actuel de la politique suisse, il est prévu que les DRG ne concernent que le secteur hospitalier. Mais l'ambition de leurs concepteurs est de les étendre à l'ensemble du système de santé. A la médecine ambulatoire en particulier, qui va être encombrée des patients que les hôpitaux ont essayés de ne pas prendre en charge ou qu'ils se seront empressés de faire sortir « encore saignants » selon l'expression employée dans certains pays utilisant les DRG. Mais la médecine ambulatoire est avant tout une gestion de l'incertitude. On y soigne des plaintes, on y prend en charge des symptômes, mais le but y est d'améliorer l'état et le bien-être des patients, non de poser un diagnostic. Cette approche, qui se trouve au cœur de la médecine ambulatoire moderne, ne serait plus possible avec les DRG.

Autre sujet de préoccupation éthique : au cœur de ce système qui va remodeler le paysage et la philosophie sanitaire du pays se trouve une société anonyme, SwissDRG. Les assureurs, les maladies, les hôpitaux, les médecins sont représentés dans cette société. Mais ni les infirmières, ni les autres soignants hospitaliers, ni surtout les associations de patients. Or aucun argument ne permet de justifier cette exclusion des principaux intéressés. Car enfin, SwissDRG disposera de gigantesques pouvoirs. Elle décidera de l'évolution des codes, des cases-mix, du degré d'acceptation de l'innovation et, au-delà, de l'évolution des soins hospitaliers. Il y a là

des options éthiques, qui devraient être expliquées, partagées, négociées avec les malades et la population. Le projet des DRG exige que l'on s'achemine non seulement vers une transparence des procédures, mais aussi vers un système permettant de débattre des buts.

On peut aussi se demander : SwissDRG maîtrisera-t-elle les conséquences humaines de son système ? Le problème des grands projets de codification informatique, comme celui des DRG, est qu'ils augmentent la masse de ce qui n'est pas assimilable par les humains, même par leurs créateurs. Ils développent le secteur de ce qui n'est compréhensible que par les ordinateurs. C'est pourquoi un pareil projet ne peut faire l'économie d'un accompagnement éthique aux compétences étendues, définissant des indicateurs multiples et veillant à ce que « le facteur humain » ne soit pas sacrifié à l'efficacité computationnelle.

En fin de compte, c'est le rôle de l'hôpital dans la société qui est interrogé par l'arrivée des DRG. L'hôpital n'a pas d'équivalent comme entreprise d'élaboration et de mise en œuvre de valeurs humaines. Il est le lieu où l'on accompagne les malades, où on les soigne, les guérit parfois. C'est aussi une immense entreprise de service, carrefour d'intenses échanges économiques. C'est encore un grand centre d'expérimentation où s'exerce le nec plus ultra de la science. Mais l'hôpital, en plus de tout cela, est le lieu de l'échec. De la mort. De tout ce qui concerne la défaillance et la vulnérabilité humaine que la société, partout ailleurs, se cache à elle-même. Et, autour de cette défaillance-vulnérabilité, l'hôpital produit et dispense quantités de pratiques, rites, symboles, attitudes culturelles.

C'est ainsi que la médecine hospitalière se comporte selon une éthique – explicite ou non – qui, ailleurs dans la société, n'existe plus que dans les rapports intimes, comme l'amitié, l'amour, les relations familiales. Le malade hospitalisé est considéré non selon ses capacités de s'inscrire dans le jeu de la société – en particulier selon ses capacités de production économique – mais pour lui-même. Une image de l'homme est ainsi dégagée, sans cesse, par ces comportements qui sont propres à l'hôpital, et cette image se projette sur la société entière. C'est bien cela qui est mis en question par les DRG. La possibilité même pour l'hôpital de constituer une hétérotopie, un espace culturel à part.

Zum Einfluss der DRG auf Rolle und Professionsverständnis der Ärztinnen und Ärzte

PD Dr. Arne Manzeschke, Arbeitsstelle für Theologische Ethik und Anthropologie, Universität Bayreuth

Der medizinisch-industrielle Komplex

Anfang September gerät der Begriff ‚Kopfprämie‘ auf die Titelseiten der deutschen Tageszeitungen. Das Gesundheitswesen steht unter dem Verdacht „systematisch korrupt“ zu sein. Hintergrund sind staatsanwaltschaftliche Ermittlungen, nach denen „niedergelassene Ärzte ihre Patienten an Krankenhäuser verkaufen“. Bei den 3 800 im Jahre 2007 erfassten Betrugsfällen dürfte es sich bloss um die Spitze des Eisbergs handeln – so das Bundeskriminalamt, das das „unkontrollierte Abrechnungssystem“ hierfür verantwortlich macht. Der Präsident der Bundesärztekammer Jörg-Dietrich Hoppe sieht in der „fortschreitenden Kommerzialisierung der Medizin“ einen wesentlichen Grund für die Missstände. Zu beobachten sind Krankenhäuser, die niedergelassenen Ärzten Prämien für die Einweisung von Patienten bezahlen, umgekehrt überweisen Krankenhäuser ihre Patienten an bestimmte Ärzte, denen sie die Nachsorge anvertrauen. Ein Geschäft auf Gegenseitigkeit, das allerdings die Krankenkassen belastet.¹

Korruption ist im Gesundheitswesen nicht neu, aufmerken lässt aber die Vermutung, dass es jetzt strukturelle Rahmenbedingungen sind, die solches Verhalten provozieren. Die 2004 deutschlandweit in allen Krankenhäusern eingeführten DRG sind ein Element dieser strukturellen Rahmenbedingungen; sie sollen mehr Transparenz, Wirtschaftlichkeit und Qualität in der stationären Versorgung schaffen. Das prinzipielle Problem, das meines Erachtens den Hintergrund bildet für eine Bewertung der Leistungsfähigkeit der DRG und ihrer erwünschten und unerwünschten Folgen, ist mit den Begriffen Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Industrialisierung benannt. Die Frage, die wir uns

hinsichtlich der Gesundheitsversorgung stellen müssen, ist die, ob wir überzeugt sind, mit diesen Prozessen unser Gesundheitswesen so transformieren zu können, dass sein Status verbessert, mindestens aber gehalten werden kann, und das Ergebnis politisch, ethisch und ökonomisch überzeugt. Die Wirksamkeit eines Instrumentes wie der DRG kann nur im Rahmen einer umfassenden Begleitforschung beurteilt werden, welche die Makroebene der politisch-ökonomischen Gesamtsteuerung ebenso in den Blick nimmt wie die dadurch induzierten strategischen Entscheidungen der Krankenhausträger (Mesoebene) und die individuellen Handlungen auf der Mikroebene der Professionellen insbesondere aus Medizin und Pflege.

Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Industrialisierung

Ökonomisierung meint die Durchsetzung eines rationalen Zweck-Mittel-Kalküls in praktisch allen gesellschaftlichen Sphären. Oft tritt sie als betriebswirtschaftliche Zurichtung der Organisation auf, und es fragt sich, ob das immer sinnvoll ist: „Die Reflexion dieser betriebswirtschaftlichen Zurichtung der Organisation ist keine Frage eines andernfalls müssigen Interesses. Sie führt ins Herz dessen, was die Unternehmensorganisation von jeder anderen Organisation unterscheidet und damit auch ins Herz der Frage, wie sinnvoll es ist, auch andere Organisationen dem betriebswirtschaftlichen Zugriff auszusetzen. Sie erlaubt es, nach der Konstitution des kapitalistischen Betriebs zu fragen und damit eines der neben dem Wohlfahrtsstaat, seinem ungleichen Zwilling, weitreichendsten Sozialexperiment der jüngeren Gesellschaftsgeschichte einzuschätzen.“² Die Frage nach der Verbetriebswirtschaftlichung der Organisation Krankenhaus ist die eine Seite des Problems. Mittler-

¹ „Systematisch korrupt. Medizinisch-Industrieller Komplex“, in: *Süddeutsche Zeitung* <http://www.sueddeutsche.de/finanzen/984/486401/text/print.html>.

² Baecker, D. (2003): „Die Wunschmaschine. Ökonomiekolumne“, in: *Merkur* 57 (654), 47-53.

weile geht es darum, dass das organisationale Handeln kommerzielle Züge gewinnt. Es ist eingetreten, was Forschungen zu den Auswirkungen prospektiver Finanzierung bereits Ende der 1990er Jahre diagnostiziert hatten: „Ökonomisierung meint nicht ‚Wirtschaftlichkeit‘, sondern die Tendenz zur Überformung der Dienstleistungsorientierung durch ökonomische Kalküle und Ziele, vermittelt über tatsächliche oder vermeintlich wirtschaftliche Zwänge. [...] Verfolgt man diese Entwicklungslinie bis zum Horizont, dann zeichnet sich eine Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation ab: Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen.“³ Während Ökonomisierung die Gestaltung der Strukturen, Prozesse und Beziehungen der stationären Versorgung nach dem Prinzip der Effizienz bedeutet, orientiert sich die Kommerzialisierung am Prinzip des Lukrativen. Effizienz und Lukratives werden im Prozess der Industrialisierung systematisch zusammengeführt. Von einem Paradigmenwechsel zu sprechen ist berechtigt, doch ist er weniger an einzelnen Instrumenten fest zu machen als vielmehr auf der Ebene einer politisch-ideologischen Steuerung. Er lässt sich durch die genannten Handlungsebenen verfolgen und weist hier jeweils spezifische Merkmale auf. Instrumente wie die DRG bieten ihrerseits die Möglichkeit, die genannten Prozesse in ihrer ‚Mikrophysik‘ (Foucault) zu analysieren. Für die Handlungsebene des ärztlichen Personals möchte ich das im Folgenden anhand einer Interviewsequenz und einiger Veränderungen deutlich machen.

Ein schleichender Wandel

Ein Oberarzt und Medizincontroller in einem konfessionellen Krankenhaus beschreibt den subtilen Wandel des Berufsethos und des praktischen Handelns der Ärzte folgendermassen: „Und da die Leute Angst kriegen, geht ihr Handeln auch dementsprechend anders. Sie machen mehrere Dinge zwar genauso wie sie es vorher gemacht haben, aber nicht mehr so – hat man

das Gefühl – aus freiem Willen und weil sie es tun wollen, sondern weil sie es müssen. ‚Ich muss ja meinen Job machen‘. Und es ist nicht mehr so lustbetont, d.h. der Spass geht verloren. Und wenn der Spass verloren geht, dann, wenn man die Leute anguckt, dann verschwindet das Lächeln und wenn das verschwindet, dann merkt der Patient das. Und in dem Moment ist auch eigentlich der Patient nicht mehr im Mittelpunkt, sondern der Mitarbeiter sieht sich selber als Leittragender einer Situation und sieht nicht mehr so sehr auf das, was er eigentlich machen muss.“⁴ Die den Patienten helfen sollen, tragen nun genug an ihrem eigenen Leid, dass sie ihrer genuinen Aufgabe nicht mehr nachkommen (können). Sollte diese Beschreibung auch nur ansatzweise zutreffen, dann ist das Grund genug, die Auswirkung ökonomischer Anreizsysteme im Gesundheitswesen sehr viel gründlicher zu studieren und nach wirksamen Korrekturen zu suchen. Dass es sich bei der zitierten Passage nicht um das altbekannte Klagen einer Berufsgruppe handelt, dafür sprechen mehrere empirische jüngere Untersuchungen zu den Auswirkungen der Ökonomisierung im Gesundheitswesen.⁵

Auswirkungen der DRG auf die Organisation und das ärztliche Personal

Die DRG nötigen zu einem systematischen Reflexionsprozess über die Versorgungsstrukturen im Krankenhaus und mit den vor- und nachsorgenden Einrichtungen. Allerdings wird diese Systematik durch das betriebswirtschaftliche Kalkül der Akteure, die miteinander im Wettbewerb stehen, immer wieder konterkariert – die eingangs zitierten Schlagzeilen geben davon Zeugnis. Die DRG ermöglichen es, bestehende Hierarchien und Versäulungen im Krankenhaus aufzubrechen. Wenn dabei die bestehende Unsicherheit und Beharrungstendenz ernst genommen und produktiv bearbeitet werden, lassen sich erfolgreiche Neuorientierungen und Lernprozesse beobachten. Als problematisch erweist sich auf der Mikroebene, dass primär nicht die

³ Kühn, H./Simon, M. (2001): „Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung (Budgets, Fallpauschalen) und ihre Auswirkungen auf die Patientenorientierung“. Forschungsprojekt des Berliner Forschungsverbundes Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

⁴ Manzeschke, A. (2008): „DRG und die Folgen der Deprofessionalisierung“, in: Gerhardt, M./Kolb, S. u.a. (Hg.): *Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität. Dokumentation des Internationalen IPPNW-Kongresses in Nürnberg vom 20.-22. Oktober 2006*, Frankfurt a.M.: Mabuse, 353-382, 375.

⁵ Manzeschke, A. (2009): *Der pauschale Patient. Zu den Auswirkungen der DRG auf Professionsethos und Versorgungsqualität*, Wiesbaden: VS, im Druck.

fachliche Expertise, sondern das ökonomische Kalkül das Handeln orientiert. Das zeitigt durchaus kontraproduktive Effekte im ökonomischen wie im medizinischen Sinne. Manches lässt sich als Problem der Startphase begreifen, anderes scheint ‚systematischer‘ Natur zu sein. Das ‚lernende System DRG‘ wird nur dann effektiv sein, wenn es gründliche und regelmässige Evaluationen gibt.

Für das ärztliche Personal lassen sich Arbeitsverdichtung, Arbeitsvermehrung, eine Veränderung der Hierarchie sowie eine Managerialisierung des Berufs beobachten.⁶ Insgesamt wird ein erhöhter Verwaltungsaufwand beklagt, der den unmittelbaren Kontakt mit den Patienten empfindlich einschränkt. Die Optimierung der Prozesse und Strukturen führt dazu, dass Zeit fehlt für die Kommunikation zwischen allen Beteiligten, was Motivationsverlust, ein schlechteres Arbeitsklima aber auch Versorgungslücken zur Folge hat. Da ähnliche Phänomene im Bereich der Pflege auftreten und dort mit einer sinkenden Versorgungsqualität verbunden werden,⁷ sollte dies Anlass zu Korrekturen sein. In der ärztlichen Diagnostik führt der ökonomische Anreiz dazu, maximal statt in Stufen vorzugehen. Zugleich beschränkt sich die Diagnostik wesentlich auf die Hauptdiagnose; andere Diagnosen werden auf weitere Behandlungen verlegt (Erlössituation). In der Therapie lassen sich ähnliche Phänomene beobachten: Einschränkung wie auch medizinisch nicht nötige Ausweitung von Behandlungen, weil das jeweils ökonomisch lukrativ ist. Eine detaillierte Analyse der Wirkweise der DRG im Rahmen einer umfangreichen Begleitforschung könnte solche Effekte vermeiden helfen.

⁶ Langer, A./Manzeschke, A. (2009): „Professionelles Management in der Medizin und der Sozialen Arbeit“, in: Pfadenhauer, M./Scheffer, T. (Hg.): *Profession, Habitus und Wandel*, Frankfurt a.M.: Peter Lang, 153-179.

⁷ Isfort, M./Weidner, F. (2007): *Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln: dip, 6.

Influence de l'introduction des DRG sur le rôle et la profession des médecins

Dr méd. Pierre-François Cuénoud, membre du Comité Central de la FMH, responsable du domaine SwissDRG, chirurgien-chef à l'hôpital cantonal de Sion

Dès le 01.01.2012, la loi prescrit que tous les séjours hospitaliers de soins aigus devront être rétribués selon des forfaits liés aux prestations. Les partenaires de la santé se sont regroupés dans la Société SwissDRG SA pour établir cette structure tarifaire. Cependant, le système des DRG est connu depuis de nombreuses années dans certaines parties de notre pays, principalement en Suisse romande et au Tessin. Les APDRG sont appliqués dans 1/3 des cantons dans le domaine de la LAMal et même dans 2/3 des cantons pour ce qui est de la LAA. Contrairement à l'Allemagne, il n'y aura donc pas de changement de système drastique le 01.01.2012, à l'exception de quelques régions. Il est ainsi possible, sur la base des expériences déjà faites, d'appréhender les changements induits par le passage à une rétribution hospitalière au moyen de forfaits liés aux diagnostics et aux procédures.

Conséquences possibles sur la base des constatations faites en Valais

En 15 ans, le canton du Valais a fait œuvre de pionnier en passant progressivement, et par étapes successives, à une facturation par DRG. Tout a commencé par la mise en place, de 1995 à 1997, d'une revue des hospitalisations destinée à déceler les journées d'hospitalisation dites inappropriées : par le biais de la publication trimestrielle du pourcentage de celles-ci par service, il a été possible, sans prévoir de sanction particulière, d'abaisser de manière significative les durées de séjours. De 1998 à 2002, des forfaits par cas par service ont été appliqués : bien que fondamentalement injuste car ne tenant pas compte de la sévérité des pathologies ni de la catégorie hospitalière, cette manière de faire a mis tous les acteurs du système de santé en face des réalités générées par ce type de facturation. Lorsque les APDRG ont été introduits en 2003, et à plus forte raison quand ils ont eu une répercussion complète sur le financement des hôpitaux dès

2005, il s'en est suivi un sentiment de soulagement, chaque établissement ayant la conviction de bénéficier d'une rétribution plus proche de la réalité, tenant compte de la gravité des cas.

Parallèlement à cela, une clarification a eu lieu concernant l'organisme responsable des hôpitaux, les fondations régionales ayant été relayées par une institution cantonale unique de droit public, le Réseau Santé Valais. Ceci a permis d'initier une politique sanitaire globale et une planification impossibles jusqu'alors. Ainsi, dans le Valais central, un hôpital multisite a pu être créé à la place des 3 établissements précédents, avec rationalisation des urgences ainsi que de l'activité opératoire, apparition de centres de compétences et obtention d'une masse critique de patients dans plusieurs disciplines.

Conjointement avec les incitatifs financiers amenés par les DRG, cette réorganisation a eu pour effet une rationalisation à tous les niveaux. Les budgets nécessaires à une mise à jour informatique crédible ont été libérés. Le codage a été professionnalisé et centralisé pour tous les hôpitaux du canton. Les ophtalmologues ont quitté l'hôpital public pour transférer leur activité dans une structure ambulatoire en ville, légère et adaptée à leurs besoins. Les soins à domicile, quant à eux, se sont peu à peu développés, attirant toujours plus d'infirmières expérimentées et garantissant, par là même, un excellent niveau de prestations aux patients après leur sortie de l'hôpital. Enfin, les comptes des hôpitaux, en partie déficitaires avant la réforme, ont pu être équilibrés pour même devenir bénéficiaires depuis 2006.

Pour les médecins, l'évolution a été favorable : ils ont gagné un représentant à la direction qui ne comprenait pas, auparavant, de directeur médical. Leur charge de travail a pu être mieux répartie, avec une diminution du nombre de gardes par individu. D'autre part, il y a eu un phénomène général d'amélioration des compé-

tences, une sorte de „nivellement par le haut“ par perfectionnement du niveau individuel de chacun au contact de ses collègues ainsi que par l'arrivée de collaborateurs de haute valeur attirés par un centre dynamique devenu plus captivant. Ceci a permis une augmentation globale d'activité ainsi qu'une reconnaissance élevée des divers établissements de formation postgraduée concernés par la FMH.

Contrairement aux descriptions pessimistes parfois faites ailleurs, des „bloody exits“ n'ont pas été observés. Globalement, le taux de satisfaction des patients n'a pas baissé et il n'y a pas eu d'augmentation des transferts en clinique universitaire. Dans les statistiques, la mortalité intrahospitalière ne s'est pas accrue et le taux d'infections postopératoires, systématiquement objectivé depuis des années, n'a pas varié. En d'autres termes, le canton ne s'est pas transformé en „désert sanitaire“.

DRG en Suisse : risques persistants

Pour les médecins, il subsiste naturellement un risque que la liberté thérapeutique soit menacée. Certaines techniques opératoires, par exemple, permettent d'améliorer le confort du patient et surtout, génèrent une incapacité de travail subséquente plus courte. Bien que faisant appel à du matériel plus cher, elles ne donnent pas lieu à un groupe DRG différent : l'hôpital pourrait alors être tenté, pour des raisons économiques, de faire pression sur les médecins pour ne pas user d'une telle pratique, ceci d'autant plus que l'incapacité de travail n'est pas prise en charge par le même payeur. Cependant, une bonne entente entre directions médicale et administrative peut éviter de tels écueils.

La prédominance de la vision économique représente de toute manière une menace sur la qualité des soins. Elle risque également d'inhiber les innovations. Les incitatifs financiers, inévitables dans un système DRG, devraient s'attacher à honorer la qualité plutôt que le profit. Il faut que les médecins puissent continuer à pratiquer l'EBM (Evidence Based Medicine) au lieu de la BBM (Business Based Medicine).

Pour éviter une dérive du nouveau système tarifaire, il est indispensable de vérifier que la qualité des prestations fournies ne baisse pas. Les contrôles de qualité sont très nombreux, mais n'ont jamais été coordonnés de manière crédible jusqu'ici. Il y a des efforts substantiels

en vue de faire quelque chose de commun pour la sécurité des patients ainsi que pour la qualité structurelle et des processus (indicateurs à l'hôpital, etc.) mais il y a encore des manquements importants dans la mesure de la qualité des résultats : seules les sociétés de disciplines ont pris des initiatives à ce sujet, avec des mesures exhaustives et à long terme pour certaines d'entre elles (AQC, Registre des interventions laparoscopiques de l'ASCLT, SwissVASC, etc.). La qualité ayant de multiples facettes, il est nécessaire de tenir compte des résultats à long terme, la morbidité péri-opératoire pouvant, par exemple, être améliorée par une technique moins radicale en cas de tumeur mais exposant le patient à une récurrence précoce.

Dans le domaine de la formation, un risque est également présent : en raison de son exclusion de la prise en compte dans le système tarifaire SwissDRG, la formation postgraduée des médecins est mise sous pression. On pourrait voir se développer des „centres de production“ qui ne forment plus d'assistants ni de chefs de clinique. D'autre part, les capacités médicales manquantes pourraient être importées, dans une proportion encore plus grande que maintenant. Ceci est un cercle vicieux qui ne peut que mener à la catastrophe. Pour éviter un tel scénario, il est nécessaire de prévoir un nouveau mode de financement de la formation postgraduée médicale, afin de pouvoir compter à l'avenir sur une relève suffisante issue de notre pays.

Introduction de SwissDRG : que doit faire le corps médical ?

Avant tout, il est indispensable que le corps médical participe activement à l'élaboration de la structure tarifaire. Les sociétés de disciplines, lors des différents cycles de propositions prévus, doivent apporter leur savoir pour transformer le code des procédures CHOP, pour établir une mécanique des DRG crédible, pour émettre des directives de codage claires et enfin pour tenir compte des innovations. Tout ceci correspond, en fait, à un processus d'„hélvétisation“ du système G-DRG allemand qui servira de base à SwissDRG.

D'autre part, le respect du secret médical est sacro-saint. Face à l'informatisation galopante des dossiers médicaux, il faut veiller à ce que ceux-ci ne puissent être consultés que par les ayants droit. Il faut éviter les transferts systéma-

tiques de données, favoriser le canal du médecin-conseil dans le contact avec les assureurs et ne livrer les informations qu'avec le consentement explicite du patient.

De manière plus générale, il faut que le corps médical participe à la rationalisation inéluctable des établissements hospitaliers. Il doit revendiquer une forte représentation dans les organes de direction. Il doit également garantir que le flux des patients entre le milieu hospitalier et les soins ambulatoires soit géré selon des critères médicaux. Enfin, au sein des sociétés de disciplines, il doit contribuer de manière prépondérante à l'élaboration des filières de soins qui sont de plus en plus exigées.

Conclusion

L'introduction de SwissDRG peut se passer de manière satisfaisante, mais elle comporte aussi

certains dangers. Afin d'objectiver les effets de ce nouveau système, il est important d'établir une recherche concomitante, et ceci au moins un an avant la mise en vigueur du nouveau tarif. Il s'agira d'en mesurer les répercussions sur les patients, sur les groupements professionnels concernés ainsi que sur le système de santé en général. Particulièrement, il s'agira d'évaluer la qualité sur toute la longueur de la chaîne de soins, de contrôler que les patients aient accès aux soins appropriés, d'examiner les modifications du paysage hospitalier, d'observer les conditions de travail à l'hôpital et de mettre à jour les transferts d'activité. Une telle recherche, pour être crédible, doit être pratiquée à large échelle, selon des critères scientifiques, et avec l'appui de tous les partenaires de la santé : les médecins ont un rôle primordial à y jouer.

Zum Einfluss der DRGs auf die Aufgaben und die Rolle der Pflegenden

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke

Der folgende Beitrag schildert Situation, Folgen und Forderungen aus einer deutschen Sicht. Das bedeutet, es muss im Einzelnen überprüft werden, inwieweit diese ohne Weiteres auf Schweizer Verhältnisse zu übertragen sind. Gegenstand des Beitrags sind Folgen und Notwendigkeiten, die mit der Verweildauerverkürzung durch die DRG-basierte Finanzierung der Krankenhäuser verbunden sind. Diese geht einher mit einem zunehmenden Anteil chronisch kranker und älterer Patienten, eine Entwicklung, die sich bereits seit Jahren anbahnt.¹ Die Verkürzung der Verweildauer bedeutet vor allem, dass die Patienten im Krankenhaus durchschnittlich schwerer krank sind als früher, weil sie vor den weniger intensiven Tagen entlassen werden. Die ver-

stärkte Chronizität und das höhere Durchschnittsalter bringen einen Anstieg der Fallzahlen mit sich (Abb. 1).

Die Verweildauer wurde zwischen 1995 und 2007 um fast 25% gesenkt einhergehend mit einer Reduktion der Betten um 14%, aber einer Steigerung der Krankenhausesfälle um etwa 10% (www.gbe-bund.de, Abb. 1). Wiederum ausgehend vom Stichtjahr 1995 zeigt sich, dass das Personal in den Krankenhäusern bis 2007 insgesamt um mehr als 10% reduziert wurde (Vollzeitäquivalente). Im Pflegedienst übersteigt die Reduktion mit 15% den Durchschnitt, während im ärztlichen Dienst das Personal um fast 25% aufgestockt wurde. Letzteres wird vor allem mit

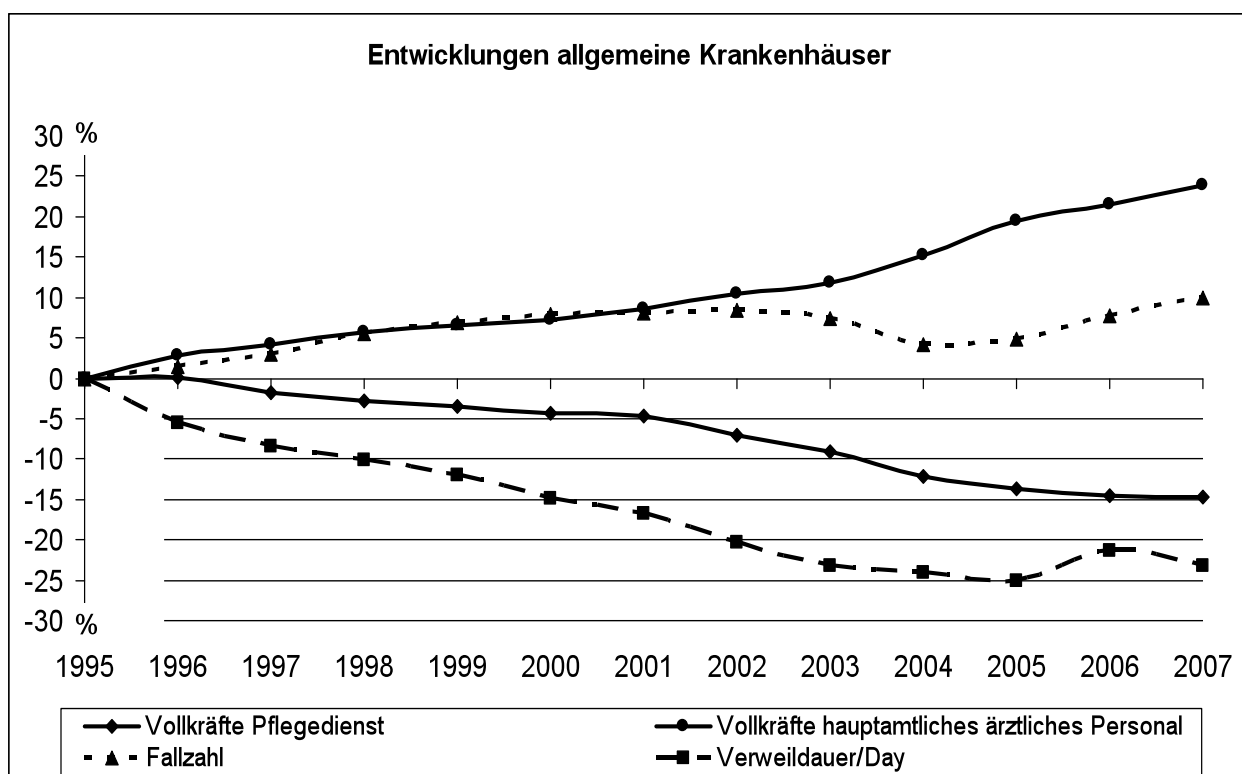


Abb. 1: Entwicklung einiger Krankenhaus-Kennziffern, Index 1995 = 100%, Statistisches Bundesamt, Berechnungen Isfort, dip (unveröffentlicht)

¹ Vgl. Robert Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2006): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland*, Berlin: Robert Koch-Institut.

der Abschaffung der Ausbildungszeit als „Arzt im Praktikum“ und der veränderten Arbeitszeitregelungen begründet. Die überproportionale Einsparung im Pflegedienst zeigt sich auch dar-

in, dass der Anteil für den Pflegedienst im Personalkostenbudget von 38,8% 1996 auf 32,8% im Jahr 2006 sank.²

Die Personalreduktion zusammen mit der Verweildauerkürzung führt zu einer Verdichtung der Arbeit in der Pflege, die durch die Tatsache der grösseren Krankheitsschwere verstärkt wird. Bezogen auf eine Vollzeitstelle im Pflegedienst hat sich die Fallbelastung³ pro Jahr seit 1991 um 25% erhöht, wobei die drastische Zunahme der Fallbelastung vor allem seit 1996 zu verzeichnen ist.⁴ Davor hatte es in Deutschland ein Personalbemessungssystem⁵ gegeben, das nach einer Erhöhung des Personals um etwa 25'000 Stellen wieder ausser Kraft gesetzt wurde.⁶ Anhand der vorgestellten Daten wird aber auch deutlich, dass die Rationierungen nicht erst mit der im Jahr 2004 in Deutschland verpflichtend eingeführten DRG-basierten Finanzierung begonnen haben. Auch vorher gab es im operativen Bereich Fallpauschalen und einen massiven Druck auf die Krankenhäuser, die Kosten einzudämmen.

Pflege im Krankenhaus und DRG

Vor dem Hintergrund der Entwicklungen in deutschen Krankenhäusern vermittelt sich der Eindruck, dass Pflege als eigenständiger Versorgungsanteil im Krankenhaus zur Unsichtbarkeit verdammt ist, dass sie von den bestimmenden Akteuren nicht als relevant angesehen wird. Darüber hinaus üben die Ärzte vor dem Hintergrund ihrer eigenen Arbeitsbelastungen und einem relativen Personalmangel Druck auf die Pflegenden aus, vermehrt ärztliche Aufgaben zu übernehmen.

Die Unsichtbarkeit spezifischer pflegerischer Leistungen im Krankenhaus wird durch

das System der DRG verstärkt, da die DRG-Systematik, die auf medizinischen Diagnosen und Prozeduren basiert, die speziellen Anforderungen an die Pflege nicht berücksichtigt. Im DRG-System wird übersehen, dass pflegerische Versorgung andere Anlässe hat als die Krankheit im Sinne einer medizinischen Diagnose und die Unterstützung der ärztlichen Therapie. Für Pflegende sind vor allem die Fähigkeiten von Patienten, ihren Alltag mit Krankheit ohne fremde Hilfe zu bewältigen, also ihre Krankheitsbewältigungsaufgaben, vorrangig wichtig. Je kürzer die Verweildauer im Krankenhaus ist, desto mehr werden Versorgungsaufgaben, die bisher vom Krankenhaus wahrgenommen wurden, an den Patienten und seine Angehörigen übergeben. Damit gewinnen die Krankheitsbewältigungsaufgaben immer mehr an Bedeutung.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass in Studien nachgewiesenermassen der Pflegeaufwand bei derselben Krankheit oder der gleichen Diagnose ausserordentlich schwanken kann, mehr noch als der ärztliche Aufwand.⁷ Die Annahme, der Pflegeaufwand könne allein durch medizinische Daten in ausreichendem Masse begründet werden, ist nicht haltbar.

Das Prinzip der DRG verleitet ausserdem dazu, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht Pflege im Krankenhaus allein als Kostenfaktor, nicht aber als Wert schöpfende Dienstleistung gesehen wird. Während jede ärztliche Diagnose kostenrelevant ist und der monetäre Gegenwert genau berechnet werden kann, ist der spezifische pflegerische Aufwand nicht erlösrelevant. Dazu passt auch die inzwischen vielfach zu beobachtende Streichung der Position eines Pflegemanagers in der Krankenhausleitung. Übersehen wird bei der vor allem unter Kostengesichtspunkten geführten Diskussion, dass Patienten ins Krankenhaus kommen, weil sie neben der ärztlichen Behandlung die Betreuung Pflegender benötigen. Eine ärztliche Behandlung alleine kann auch ausserhalb des Krankenhauses ambulant erfolgen.

² Simon, M. (2009): „Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven“, in: *Pflege & Gesellschaft* 14 (2), 101-123, 113.

³ Zahl der pro Jahr von einer Vollkraft durchschnittlich versorgten vollstationären Fälle (einschliesslich Stundenfälle). Ausgenommen sind psychiatrische Krankenhäuser (vgl. Simon 2009).

⁴ Vgl. Simon 2009.

⁵ PPR = Pflegepersonalregelung, ein Bemessungssystem, das auf einer begrenzten Zahl von Leistungen aufbaut und diesen Normzeiten zugrunde legt.

⁶ Schöning, B./Luthlen, E./Scheinert, H. (1995): *Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*, 2. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.

⁷ Vgl. O'Brien-Pallas, L./Irvine, D./Peereboom, E./Murray, M. (1997): „Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability“, in: *Nursing Economics* 15, 171-182; Eberl, I./Bartholomeyczik, S./Donath, E. (2005): „Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt“, in: *Pflege* 18 (6), 364-372.

Entwicklung der Pflegearbeit im Krankenhaus

Zur Arbeit Pflegenden und der Qualität der Pflege mit ihren Auswirkungen für Patienten in deutschen Krankenhäusern gibt es nur spärliches empirisches Material. So zeigt eine Längsschnittuntersuchung von Tätigkeiten Pflegenden auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass die Kommunikation Pflegenden mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemassnahme nebenher läuft, in 2003 maximal gut 6% aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf 2,5% abnahm.⁸ Für Küchen- und Hausarbeit wird im Vergleich dazu mehr als 10% aller Tätigkeiten des Pflegeteams ausgewiesen. In derselben Studie ist ebenfalls zu sehen, dass patientennahe Tätigkeiten in den Jahren der Einführung der DRG-basierten Finanzierung insgesamt abgenommen haben. Darüber hinaus geben die Pflegenden in dieser Studie an, zunehmend Anleitung und Beratung der Patienten weglassen zu müssen, ebenso auch Prophylaxen, obwohl beide Pflegemassnahmen bei verkürzter Verweildauer immer wichtiger werden.

Die genesungsbedeutsame Beziehungsgestaltung Pflegenden erfolgt noch wenig professionell und hängt meist von spezifischen Situationen und beteiligten Individuen ab,⁹ dies stimmt mit der subjektiven Wahrnehmung der Pflegenden überein¹⁰. Wie das bei Patienten ankommt, lässt sich u.a. im Bereich der oftmals komplexen Medikation zeigen: Vielfach fühlen Patienten sich hierbei unzureichend beraten und vor allem werden Anpassungsprobleme an ihre Lebenssituation nicht in Betracht gezogen.¹¹ Multimorbide Patienten fühlen sich sehr viel schlechter auf die Entlassung vorbereitet als solche mit einer Krankheit.¹² In dieser Studie

zeigt sich auch, dass Patienten, die Ärzte und Pflegenden als überlastet und unter Zeitdruck beschreiben, sich weniger gut auf die Entlassung vorbereitet sehen. Nur bei einem Viertel der befragten Patienten wurden Angehörige über Unterstützungsmöglichkeiten der Entlassenen informiert.

Pflegenden in Krankenhäusern wollen schon seit Jahren zu einem höheren Grad ihren Beruf wieder verlassen als jene aus Altenheimen und ambulanten Pflegediensten (Hasselhorn et al. 2003).¹³ Aber auch im Vergleich zu anderen weiblichen Berufen ist die Arbeitsbelastung bei Pflegenden höher, die Zeiten ihrer Arbeitsunfähigkeit sind länger und der Wunsch, den Beruf zu wechseln, hat in den vergangenen Jahren zugenommen.¹⁴

Ein dauerhaftes Problem stellt die Zusammenarbeit der beiden in der direkten Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen dar: Der Pflegenden und der Ärzte. Pflegenden erfahren grosse Hindernisse beim Einbringen ihre Wissens und ihrer fachlichen Kompetenz und dies vor allem vor dem Hintergrund von hierarchischen Strukturen seitens der Ärzte.¹⁵ Sie erleben sich oft am Ende der Krankenhaushierarchie und berichten über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung. Ärztliche und pflegerische Arbeitsabläufe unterliegen einer unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Logik, die in der Praxis dazu führt, dass sich die Pflegenden vor allem stark auf die Erfordernisse des ärztlichen Dienstes einstellen und die eigenen Arbeitsabläufe danach ausrichten. Pflegenden fühlen sich mit ihren Arbeitsaufgaben allein gelassen und klagen über mangelnde Wertschätzung. Insgesamt ist die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen durch eine hohe Konflikthanfälligkeit geprägt,¹⁶ die bei zunehmender Arbeitsverdich-

⁸ Galatsch, M./Krüger, C./Quasdorf, T./Schroller, M. E./Donath, E./Bartholomeyczik, S. (2007): „Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege“, in: *Pflegezeitschrift* 60 (5), 272-276.

⁹ Pohlmann, M. (2006): „Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus“, in: *Pflege* 19 (3), 156-162.

¹⁰ Braun, B./Buhr, P./Klinke, S./Müller, R./Rosenbrock, R. (2009): *Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System*, Berlin/Bremen: Unveröffentlichtes Manuskript.

¹¹ Haslbeck, J. (2008): „Bewältigung komplexer Medikamentenregimes aus Sicht chronisch Kranker“, in: *Pflege & Gesellschaft* 13 (1), 48-61.

¹² Vgl. Braun et al. 2009.

¹³ Hasselhorn, H.-M./Tackenberg, P./Müller, B. H. (Hg.) (2003): *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, Stockholm: National Institute for Working Life.

¹⁴ Vgl. wiederum Braun et al. 2009.

¹⁵ Knoll, M./Lendner, I. (2008): „...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!“ Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation, in: *Pflege* 21 (5), 339-351.

¹⁶ Schmidt, S./Bartholomeyczik, S./Dieterle, W.E./Wittich, A./Donath, E./Rieger, M.A. (2008): „Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (ArbiK)“, in: *Pflege &*

tung die Sicherheit der Patienten gefährden kann.

Perspektive

Die Versorgung der Patienten im Krankenhaus benötigt insbesondere pflegerische Kompetenzen bei

- der Krankheitsbewältigung: Empowerment, Patientenedukation, Einbeziehung von Angehörigen; hier ist ein Entlassungsmanagement vonnöten, das nicht nur bei erforderlicher professioneller Nachsorge greift, sondern während des Krankenhausaufenthalts Weichen für die Patienten und ihre Angehörigen stellt. Ziel muss die Entlassungsfähigkeit eines Patienten im Sinne einer Kompetenz sein;
- der personalen Kontinuität: z.B. durch die Organisationsform des Primary Nursing oder eines „echten“ personengebundenen Case Managements;
- dem Schnittstellenmanagement als organisatorische Massnahme betreffend Aufnahme, Entlassung und während des Aufenthalts.

Für die Sicherheit und Gesundheit der Patienten ist es also erforderlich, dass der Pflegedienst keineswegs reduziert, sondern ausgebaut wird, inhaltlich anders aufgestellt wird und mehr Kompetenzen auch bei der Steuerung erhält. Verantwortlichkeiten, Aufgabenteilung und Arbeitsabläufe aller Akteure in der direkten Versorgung sind neu zu überdenken. Die Ansprüche an die Kompetenzen der Pflegenden wachsen. Für den Bildungsbereich bedeutet dies neben der allgemeinen Akademisierung, vor allem das Advanced Nursing in verschiedenen Feldern als Masterstudium anzubieten. In Deutschland zumindest müssen vorherrschende Trends in der direkten Pflege umgekehrt werden.

Gesellschaft 13 (2), 102-118; Bartholomeyczik, S./Donath, E./Schmidt, S./Rieger M.A./Berger, E./Wittich, A. et al. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Projektnummer: F 2032. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (<http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2032.html>).

Kontinuität der Pflege verlangt neue Arbeitsteilung zwischen stationärem und ambulantem Bereich

Barbara Gassmann, Vizepräsidentin, Schweizer Berufsverband Pflegefachfrauen und -männer SBK, Bern

Die Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) kann nur gelingen, wenn die Kontinuität der pflegerischen Versorgung gewährleistet ist. Die Arbeitsabläufe und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen an der Betreuung Beteiligten müssen so gestaltet sein, dass die Patienten nach der Spitalentlassung in ihrem Alltag gezielt und individuell unterstützt werden.

Das Vergütungssystem der DRG ist auf die stationäre Akutversorgung ausgelegt. Ein Patient tritt ins Spital ein, wird untersucht und behandelt – nach dem Motto: „find it and fix it“. Das heisst, mit diagnostischen Verfahren wird ermittelt, woran der Patient erkrankt ist, um eine entsprechende Therapie einzuleiten. Sobald dies erfolgt ist und sich der Zustand des Patienten aus Sicht der Akutversorgung stabilisiert hat, wird er entlassen und er verschwindet gewissermassen vom „Radarschirm Spital“. Die Nachsorge wird, falls nötig, durch den Hausarzt und die Spitex oder eine Rehabilitationsklinik übernommen.

Bei einer wichtigen Veränderung im System, wie sie die Einführung der DRG zweifellos darstellt, stellt sich die Frage, wie gut diese Neuerung auf den Bedarf der Bevölkerung nach Leistungen im Gesundheitswesen abgestimmt ist. Prognosen zeigen, dass das grosse Thema der Zukunft die Versorgung chronisch kranker Menschen ist. 78% der Gesundheitsausgaben entfallen auf diesen Bereich. Chronisch kranke Menschen beanspruchen 55% der Notfallstationsbesuche, 70% der Spitaleintritte und 80% der Spitalaufenthaltsstage.¹

Förderung des Selbstmanagements

Die Förderung des Selbstmanagements steht bei diesen Patienten klar im Zentrum. Damit ist die Unterstützung in den Alltagsaktivitäten gemeint, etwa die Verhinderung von Stürzen oder die Beratung bei Inkontinenz. Wichtig bei Langzeittherapien ist, die Adhärenz (Therapietreue) zu erhöhen. Diese ist dann erfolgreich, wenn Patientenpräferenzen berücksichtigt werden. Die Betreuungspersonen besprechen mit den Patienten, welche Unannehmlichkeiten sie in Kauf zu nehmen bereit sind, um ihre chronische Krankheit in Schach zu halten. Symptomanagement, das Management von geriatrischen Syndromen, sowie die Förderung der Gesundheitskompetenz sind Themen von zunehmender Bedeutung. Um dies gewährleisten zu können, braucht es Kontinuität in der pflegerischen Versorgung. Laut Biem et al.² bedeutet „Kontinuität innerhalb der Patientenversorgung eine kohärente Gesundheitsversorgung mit einem nahtlosen Übergang zwischen unterschiedlichen Anbietern in verschiedenen Einrichtungen im zeitlichen Ablauf.“ Für die Patienten ist es wichtig, dass Schnittstellen zu Nahtstellen werden.

Haggerty et al.³ unterscheiden folgende drei Arten von Kontinuität:

1. *Informationskontinuität*: Welche Informationen zu vergangenen Ereignissen und persönlichen Umständen müssen den Beteiligten bekannt sein, um den Patienten individuell und bedarfsgerecht pflegen zu können? Dies setzt eine gute Verbindung von einem zum nächsten Anbieter voraus. Wissen über Patientenpräferenzen und Aufzeichnungen über

¹ Health and Health Care 2010: *The Forecast, The Challenge*, Second Edition, Princeton, NJ, January 2003 (http://www.iftf.org/system/files/deliverables/SR-794_Health_%2526_Health_Care_2010.pdf).

² Biem, H.J./Hadjistavropoulos, H./Morgan, D./Biem, H.B./Pong, R.W. (2003): „Breaks in continuity of care and the rural senior transferred for medical care under regionalisation“, in: *International Journal of Integrated Care* 3 (29), 1-13.

³ Haggerty, J.L./Reid, R.J./Freeman, G.K./Startfield, B.H./Adair, C.E./McKendry, R. (2003): „Continuity of care: a multidisciplinary review“, *British Medical Journal* 327, 1219-1221.

den Gesundheitsstatus sind wichtige Informationsinhalte.

2. *Managementkontinuität*: Wie wird sichergestellt, dass alle nötigen Massnahmen von allen Beteiligten in ähnlicher Weise vorgenommen werden? Wie kann bei der Arbeit mit Patientenpfaden genügend Flexibilität für individuelle und begründete Anpassungen an die Patientensituation gewährleistet werden?
3. *Beziehungskontinuität*: Es muss eine fortlaufende therapeutische Beziehung zwischen den Pflegenden und dem Patienten aufgebaut werden, die von Vertrauen, gegenseitigem Verstehen und Verantwortlichkeit geprägt ist. In einer solchen kontinuierlichen Beziehung kann die Entwicklung des Gesundheitsverhaltens eingeschätzt werden.

Differenzierung des Angebots

Nicht alle Patienten brauchen dieselbe Art von Kontinuität. Die Rahmenbedingungen müssen jedoch eine Differenzierung des Angebots zulassen, damit eine kohärente Versorgung über die Zeit nahtlos in verschiedenen Einrichtungen möglich ist. Fallpauschalen nach DRG haben zum Ziel, die Kosten im Akutspital transparent darzustellen und die Aufenthaltsdauer der Patienten im Spital möglichst tief zu halten. DRGs könnten zur gerechten Vergütung der Leistungen führen, falls in der Anlage des Systems alle zur Diagnose gehörigen Leistungen vollständig berücksichtigt werden. Sie können aber auch falsche Anreize setzen, sodass eine Differenzierung der Angebote erschwert wird.

Ein Problem für die erforderliche Kontinuität wird in der unterschiedlichen Finanzierung der Pflege gesehen. Im Spital gelten andere gesetzliche Grundlagen für die Finanzierung der Pflege als zuhause oder im Heim. Das führt dazu, dass bei gleichem Pflegebedarf die finanzielle Belastung des Patienten ungleich höher ist, wenn er die Leistungen spitalextern erhält.

Verzichtet er deshalb auf Notwendiges? Werden damit sinnvolle Anreize gesetzt?

Neben finanziellen erschweren auch organisatorische Bedingungen innerhalb der Institutionen die Kontinuität in der Pflege. Hohe Arbeitslosigkeit besteht, weil in jedem Team – nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen – Mitarbeitende unterschiedlicher Kompetenzstufen be-

schäftigt werden. Zudem ist in der Pflege eine zunehmende Spezialisierung zu verzeichnen, was eine Fraktionierung der pflegerischen Aufgaben und Beratungen bewirkt.

Pflege muss mitentscheiden

Sehr genau zu beobachten ist die Frage, wie die Entscheidungsfindung zur Spitalentlassung geschieht. DRG führen zum Anreiz, stationäre Aufenthalte möglichst kurz zu halten. Der Entscheid über die Spitalentlassung eines Patienten liegt rechtlich beim behandelnden Arzt. Steht dieser unter (ökonomischem) Druck, ist möglicherweise die Versuchung gross, eine pflegerische Einschätzung der Situation für diesen Entscheid zu ignorieren. Es wird auf die Kultur der Institutionen und einzelner Stationen ankommen, wie die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten sich auf diesen Aspekt der Patientenversorgung auswirkt. Im Sinne eines guten Verlaufes muss der Entlassungsentscheid mit allen an der Versorgung Beteiligten (auch pflegenden Angehörigen) gefällt werden.

Falsche Anreize durch die Einführung der DRG mit entsprechend verschärftem Kostendruck können in Kombination mit dem absehbaren Personalmangel zu weiteren Fehlentwicklungen führen, wie zum Beispiel die Substitution von Leistungen und Delegation von Aufgaben an dafür ungeeignetes Personal. Diesbezüglich sind die Führungskräfte gefordert, vorbeugend und unterstützend zu handeln. Die Politiker sind dafür verantwortlich, mit Rahmenbedingungen die Verhältnisse in den Gesundheitsinstitutionen so zu steuern, dass nicht Sparmassnahmen am falschen Ort vorgenommen und Fehlentwicklungen zulasten der Patienten gefördert werden.

Die Aufgabe der Pflegenden ist es, in immer kürzerer Zeit Informationen von und über Patienten zu beschaffen, zu bewerten, zu dokumentieren und Massnahmen unter Einbezug der Patientenpräferenzen zu planen. Sie sollten rasch den Bedarf und die Möglichkeiten an Beratung erfassen und Patienten wie Angehörige soweit beraten, dass diese den Alltag trotz Kranksein möglichst selbstständig bewältigen. Dazu gehören koordinierende Aufgaben mit anderen Diensten sowie die Dokumentation von Situationseinschätzungen und Gesprächen.

Arbeitsteilung überdenken

Die Ausführungen zeigen klar, dass die Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung neu überdacht werden muss. Denn Einsparungen, die in den Spitälern durch die Einführung der DRG möglich werden, erzeugen im ambulanten Sektor Mehraufwand durch pflegebedürftigere Patienten in Spitex und Pflegeheimen. Soll die Attraktivität des Arbeitsfeldes Pflegeheim steigen, müssen die Qualität und Quantität des Personals dem effektiven Bedarf angepasst werden. Auch die Spitex-Dienste müssen strukturell deutlich ausgebaut werden, sollen neu anfallende Aufgaben bewältigt werden können. In allen Institutionen ist vermehrt an die Gesamtversorgung der Patienten über einzelne Institutionsgrenzen hinaus zu denken und sind die Informations- und Arbeitsabläufe entsprechend anzupassen. Weil die interprofessionelle

wie die interinstitutionelle Zusammenarbeit an Bedeutung gewinnt, sind Investitionen in die Qualität dieser Zusammenarbeit erforderlich. Wie werden wohl jene Kosten gedeckt, welche Schnittstellen im Sinne des Patientenwohls zu Nahtstellen machen?

Die obigen Überlegungen führen mich zur Schlussfolgerung, dass das DRG-System nur funktionieren kann, wenn die gesamte Versorgungskette einem einheitlichen Finanzierungssystem unterliegt. Dies ist mit der Einführung der DRG weiterhin nicht der Fall. Zudem bedarf die Umstellung eines auf die Versorgung der gesamten Bevölkerung mit Gesundheitsdienstleistungen so hochwirksamen Systems dringend einer intensiven Überwachung der Auswirkungen. Eine entsprechende Begleitforschung sollte unverzüglich beginnen.

L'introduction des DRG et leur influence sur le personnel médical dans une perspective éthique

Dr Samia Hurst, Institut d'éthique biomédicale, Faculté de médecine, Université de Genève; membre de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Les enjeux éthiques au niveau institutionnel, où s'appliquent les *Diagnosis Related Groups*, et clinique, où se situe l'activité du personnel médical, sont distincts. Mais ces deux strates du système de santé ne fonctionnent pas isolément. Leurs caractéristiques, et les décisions qui y sont prises, s'influencent mutuellement, y compris sur le plan éthique. On sait que les systèmes de santé dans lesquels ils travaillent influencent les décisions des médecins. Des outils d'évaluation ont également été développés pour estimer l'impact probable des politiques de santé sur l'équité pour les patients.¹ Ces deux approches permettent de se faire une idée, imparfaite il est vrai, de l'influence possible de l'introduction des DRG sur le personnel médical.

Les systèmes influencent les médecins

Les médecins de premier recours en Suisse, en Norvège, en Italie et en Grande-Bretagne rapportent des niveaux différents de pressions sur les ressources qui leur sont disponibles,² et sur leur propre pratique d'allocation de ces ressources.³ Ces deux dimensions ne sont pas parallèles. Les médecins anglais, par exemple, sont *limités par des règles* : ils rapportent plus souvent que des interventions qu'ils jugent nécessaires ne leur sont pas disponibles. Le système suisse, par contre, pratique une part de son contrôle par la mise sous pression du corps médical. Les médecins y rapportent peu de rareté, mais sont en

liberté sous pression. 74% de nos confrères se sentaient personnellement menacés sur le plan professionnel ou financier par les pressions sur les coûts de la santé, contre 17% en Angleterre et en Norvège. Le résultat de cette pression : ils prennent nettement plus souvent eux-mêmes la décision de limiter des traitements coûteux ou moins utiles.⁴

Cet effet est plus marqué en médecine ambulatoire, mais l'influence des pressions économiques est également présente dans les hôpitaux. Une autre étude a montré que les médecins tentent de résister à ces pressions mais qu'ils n'articulent qu'avec difficulté leur soutien à des valeurs comme l'équité, alors même qu'elle leur importe.⁵ Dans les quatre pays étudiés, les médecins interrogés rapportent également des situations où des personnes appartenant à des groupes traditionnellement perçus comme vulnérables ont moins d'accès aux soins dont ils ont besoin.⁶

Dans le cas de l'introduction des DRG, les premiers concernés ne sont pas les praticiens mais les institutions. Un premier paramètre qui influencera leur impact se dégage donc : la manière dont les hôpitaux répercutent, ou non, une pression subie sur le personnel soignant.

DRG : quel impact sur l'équité ?

Un système de santé doit faire le maximum de bien à la population pour le minimum d'argent possible. En même temps, il doit garantir un accès équitable aux soins pour tous. Ces deux valeurs, l'efficacité et l'équité, sont souvent en tension. Alors que le souci de l'efficacité s'intensifie, donc, il devient plus difficile de protéger l'équité. C'est aussi d'autant plus important

¹ Daniels, N./Light, D.W./Caplan, R.L. (1996): *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*, Oxford: Oxford University Press.

² Hurst, S.A./Forde, R./Reiter-Theil, S./Slowther, A.M./Perrier, A./Pegoraro, R. et al. (2007): „Physicians' views on resource availability and equity in four European health care systems”, in: *BMC Health Serv Res* 7 (1), 137.

³ Hurst, S.A./Slowther, A.M./Forde, R./Pegoraro, R./Reiter-Theil, S./Perrier, A./Garrett-Mayer, E./Danis, M. (2006): „Prevalence and Determinants of Physician Bedside Rationing: Data from Europe”, in: *J Gen Intern Med* 21 (11), 1138-1143.

⁴ Voir Hurst et al. 2007.

⁵ Hurst, S.A. (2005-2009): *Justice at the Bedside; a Study of the Concept of Equity in Clinical Practice* (SNF 3200B0-107267/1 and 2).

⁶ Voir Hurst et al. 2007.

de le faire. Nous reconnaissons un droit à chacun d'avoir accès à des soins de santé. Le « meilleur niveau de santé atteignable » est reconnu comme un droit fondamental par l'OMS.⁷ La santé est un pré-requis indispensable pour que chacun ait des chances équitables d'avoir une vie bonne.⁸ Mais en plus, la solidarité et l'équité de notre système de santé nous offrent à tous davantage de sécurité. Nous ne savons pas qui va tomber malade, ni qui sera appauvri par la maladie : nous risquons donc tous de devenir un jour victimes d'un système de santé qui désavantagerait les malades ou les pauvres.

Critères d'équité	Au mieux	Au pire
Santé publique intersectorielle	J	L
Barrières financières à l'accès aux soins	J	L
Barrières non financières à l'accès aux soins	J	L
Couverture complète et médecine à plusieurs vitesses	=	L
Equité du financement	=	L
Efficacité, efficience et qualité des soins	J	L
Efficience administrative	J	L
Responsabilité démocratique, transparence et « empowerment »	J	L
Autonomie des patients et des prestataires de soins	J	L

Comme toute mesure visant à améliorer l'efficience, l'introduction des DRG peut avoir un impact sur l'équité. Devant l'importance de cette valeur dans la pratique, le philosophe Norman Daniels, entouré d'une équipe internationale, a décrit neuf « critères d'équité » pouvant servir à évaluer l'impact d'un changement dans un système de santé.⁹

⁷ Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

⁸ Daniels, N. (1985): *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press.

⁹ Voir Daniels/Light/Caplan 1996 et Daniels, N. et al. (2000): „Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries“, *Bull World Health Organ* 78 (6), 740-750.

L'application de cette démarche à l'introduction des DRG en Suisse permet d'identifier des impacts possibles, tant positifs que négatifs, sur les aspects éthiques des décisions médicales (tableau). Vu le nombre de paramètres actuellement, cette démarche permet en fait surtout d'identifier les zones d'incertitudes.

Le but central de la mesure est de diminuer les jours d'hospitalisation inappropriée. Au mieux, on améliore ainsi la coordination entre les secteurs de la santé, et la capacité du système à avoir une approche préventive. Une diminution du taux d'occupation des hôpitaux publics pourrait diminuer le besoin d'hospitalisations aigües en privé. Cela pourrait également contribuer à améliorer la continuité des soins entre l'ambulatoire et l'hospitalier.

Au pire, certains secteurs ‚défavorables‘ car insuffisamment couverts sont affaiblis et la coordination du système de santé s'en ressent. L'augmentation de la pression pourrait également reporter sur les hôpitaux privés, ou sur l'ambulatoire, les cas les plus lourds et les plus susceptibles de voir une hospitalisation se prolonger ; situation qui est justement plus susceptible de toucher des personnes plus gravement atteintes, ou plus vulnérables par ailleurs. Ces personnes continueraient de payer les mêmes primes, alors qu'ils obtiendraient des prestations moindres, diminuant ainsi l'équité dans le financement du système.

Aucun changement n'étant prévu au catalogue des prestations, la couverture ne devrait normalement pas changer, tant que l'on applique la mesure de manière similaire en division privée et en salle commune des hôpitaux. Dans le cas contraire, c'est une médecine hospitalière à deux vitesses qui se creuserait. On ignore également si la mesure diminuera la charge administrative des soignants en augmentant la flexibilité des hôpitaux pour l'obtention des interventions, par exemple, ou si elle les chargera par la nécessité de justifier plus fréquemment les longs séjours.

Mais le point le plus important concerne l'« empowerment » démocratique et l'autonomie des patients et des soignants. Bien sûr, il est possible qu'avec une limite claire, il devienne plus facile aux uns et aux autres de percevoir leur rôle dans la délibération sur l'allocation des ressources, et d'y participer activement. Mais il est plus probable que cette mesure limite en fait la discussion en donnant l'illusion de l'inévitabilité, d'une négociation impossible. Il y aurait là une

part d'illusion, bien sûr. Ce ne sont pas les DRG eux-mêmes qui poseraient une limite, mais *le fait de s'en servir comme tel*. On retrouve ici la question de la manière dont les hôpitaux répercuteront, ou non, la pression subie sur le personnel médical.

Mais cet enjeu n'est pas anodin. On sait que les médecins se sentent déjà actuellement souvent impuissants face aux pressions financières. Ils partagent peu leurs expériences et leurs difficultés,¹⁰⁽⁴⁾ et demandent peu de consultations d'éthique dans ces situations, même là où elles sont facilement disponibles.¹¹ On sait également que le système suisse, qui limite les coûts en mettant les médecins sous pression, confie une bonne part de son équité à leur capacité à défendre cette valeur.¹² Et on sait que cette capacité est fragile.¹³

Incertitudes

Parmi les incertitudes identifiées au cours de cette évaluation, on trouve des paradoxes. En faisant partager le risque financier des soins de santé aux hôpitaux, on voudrait pour maintenir l'équité du système qu'ils ne se comportent 'pas trop' en agents actuariels, et s'abstiennent par exemple de référer les 'mauvais cas' ailleurs. Mais il n'est pas prévu de surveillance particulière pour identifier s'ils se comportent ainsi ou non. En augmentant la pression sur l'efficacité du système sur le plan de la couverture financière, on aimerait que les hôpitaux augmentent leur protection de l'équité pour maintenir l'équilibre du système, mais sans incitatifs ni plan particulier. Certains avantages potentiels, comme l'accès plus fluide aux interventions intra-hospitalières, ne peuvent se réaliser que si les hôpitaux maintiennent leur plateau technique à un taux d'utilisation inférieur au taux actuel alors même qu'ils subissent une pression financière.

Alors oui, certains impacts sont susceptibles de faire l'objet de recherche d'accompagnement ; il est important de saisir l'opportunité d'observer les effets de l'introduction des DRG, et de se donner les moyens d'en tirer les conséquences. Mais il est

plus important de constater que certaines issues ne pourront survenir qu'avec des mesures d'accompagnement déjà identifiables aujourd'hui. Éviter des impacts négatifs sur l'équité du système nécessite que l'on ne surestime pas la capacité des hôpitaux et des médecins à protéger, contre la pression, la justice dans les soins. Ceci peut à son tour nécessiter une certaine flexibilité dans la couverture financière face aux différences de *case-mix* et aux cas particulièrement difficiles. Inévitablement, une instance d'arbitrage pour les situations litigieuses sera nécessaire. Il est également important de prendre acte des risques que les acteurs de la santé répondent aux nouveaux incitatifs que présentent les DRG. C'est après tout le but souhaité. Mais le risque d'effets indésirables devrait imposer leur surveillance ciblée, pour permettre une adaptation du système au besoin.

¹⁰ Voir Hurst 2005-2009.

¹¹ Hurst, S.A./Reiter-Theil, S./Slowther, A./Pegoraro, R./Forde, R./Danis, M. (2008): „Should Ethics Consultants Help Clinicians Face Scarcity in their Practice?“, in: *Journal of Medical Ethics* 34 (4), 241-246.

¹² Voir Hurst et al. 2006.

¹³ Voir Hurst 2005-2009.

Grundlagen einer Begleitforschung zur Einführung der DRGs aus ethischer Sicht

Eliane Pfister/Dr. Verina Wild/Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Ab 2012 soll in der Schweiz flächendeckend das System der Diagnosis Related Groups (DRG) für die Spitalleistungsvergütung eingesetzt werden. Zum jetzigen Zeitpunkt kann nur vermutet werden, wie sich die Einführung des Systems auf die verschiedensten Akteure des schweizerischen Gesundheitswesens genau auswirken wird. Um den Erfolg einer solchen Gesundheitsreform beurteilen und eine umfassende Abwägung von Vorzügen und Nachteilen vornehmen zu können, sollte man sich vorgängig über geeignete medizinische, ökonomische, soziologische und ethische Beurteilungskriterien verständigen, diese transparent machen und begleitend überprüfen. Das DRG-System ist komplex und muss im spezifischen gesellschaftlichen Kontext und vor dem Hintergrund weiterer gegenwärtiger Strukturveränderungen im Gesundheitswesen betrachtet werden. Gleichwohl muss sich die aktuelle – wie jede – Gesundheitsreform aus ethischer Sicht den Fragen stellen, wie sie einen fairen Zugang zu einem qualitativ hochstehenden Gesundheitswesen gewährleisten möchte und ob sich in der Folge die Behandlungsqualität im umfassenden Sinn, das ärztliche und pflegerische Selbstverständnis und damit einhergehend Werte, Bild und Wesen der Medizin verändern werden.

Eine DRG-Begleitforschung soll unserer Ansicht nach nicht nur auf die üblichen Qualitätsindikatoren und ökonomischen Auswirkungen beschränkt sein. Vielmehr muss sie Beurteilungskriterien möglichst aller relevanten Disziplinen beinhalten, darunter auch der Ethik. Zu diesem Zweck führte das Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich das vom Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) geförderte Forschungsprojekt „Fallpauschalen in Schweizer Spitälern: Grundlagen für die ethische Begleitforschung“ durch. Das Ziel dieser kleinen Delphistudie bestand in der schrittweisen Erarbeitung eines Konsenses bezüglich der inhaltlichen

und methodischen Grundlagen einer ethischen DRG-Begleitforschung. Ausgangspunkt des Forschungsprojekts war die Frage, welche Daten überhaupt erhoben werden müssten, um die Einführung der DRGs in der Schweiz aus ethischer Sicht fundiert beurteilen zu können. Als Ergänzung zum erwarteten, vornehmlich ökonomisch definierten Nutzen (im Sinne der Steigerung von Transparenz, Effizienz und Wettbewerb) wurde hier der Blick – auch im nicht-monetären Sinne – auf zusätzliche Kriterien gerichtet, um eine umfassendere empirisch fundierte Abwägung zu ermöglichen.

Das Ziel des Forschungsprojekts wurde methodisch in mehreren Schritten angestrebt. Der erste Schritt bestand in der Erarbeitung eines Kriterienkatalog-Entwurfs, auf Basis 1) einer wissenschaftlichen Analyse der internationalen und schweizerischen Fachliteratur zu DRGs und Ethik sowie der aktuellen medizinethischen Debatte zu Ressourcenallokation und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, 2) eines Kolloquiums am Institut für Biomedizinische Ethik mit dem Fokus „Ethische Implikationen der DRG“, 3) explorativen Gesprächen mit Experten aus der Schweiz, Deutschland und den USA sowie 4) eine Auswertung von Tagungsbesuchen und Vortragsdiskussionen. Ein nächster Schritt bestand in der Eruiierung eines Konsenses relevanter Stakeholder bzw. Vertreter verschiedener Expertengruppen¹ bezüglich der Frage, welche ethischen Aspekte im Hinblick auf die Einführung der DRGs bedeutsam sind und wie diese in einer Begleitforschung angemessen berücksichtigt werden können. Zu diesem

¹ Die in die Vernehmlassung einbezogenen Expertengruppen bestanden aus den Bereichen Vertreter der Ärzteschaft (8/13), Politik (1/3), Spitäler (3/5), Praxis (5/11), Krankenkassen (0/1), Patientenvertreter (1/2), Dachverband Behinderte (1/1), Pflege (5/6), Medizinethik (3/7), SwissDRG AG (2/8), Ökonomie (2/5), Begleitforschung (3/4) und Qualitätssicherung (0/1). Die Zahlen in Klammern benennen Anzahl Antworten und Anzahl Aussendungen pro Gruppe.

Zweck wurde erstens eine schriftliche Expertenbefragung durchgeführt, im Rahmen derer die Experten gebeten wurden, den Entwurf mit Kommentaren zur Relevanz der vorgeschlagenen Kriterien für den Schweizer Kontext, zur Beurteilung und ggf. zur Erweiterung zu versehen.² Die Kommentare flossen anschliessend in die Überarbeitung der sich abzeichnenden Kriteriencluster ein. Zudem wurden alle teilnehmenden Experten eingeladen, im Rahmen eines Workshops die Kriterien weiter zu diskutieren.³ Die Ergebnisse des Workshops und weitere Inputs⁴ sind wiederum in die stets erweiter- und veränderbare Liste von Kriterien eingeflossen, die in graphischer und vollständiger Form publiziert und im Folgenden ausschnittsweise vorgestellt wird.⁵

Die Ergebnisse der Studie sind in die zwei Hauptkategorien „Kriterien für die DRG-Begleitforschung unter Berücksichtigung ethischer Aspekte“ und „Methodische Aspekte der entsprechenden Datenerhebung“ unterteilt.⁶ Die Kriterien wurden zunächst in folgende Cluster gebündelt: *A. Patientenversorgung und Angehörige*, *B. Professionelles Selbstverständnis* und *C. Institutionelle und gesellschaftliche Bedingungen*.

Die Kriterien des Clusters *Patientenversorgung und Angehörige* orientieren sich in unserer Darstellung am zeitlichen Verlauf einer stationären Patientenbehandlung. Für den *Zugang zur stationären Versorgung* müsste beispielsweise untersucht werden, ob unter dem DRG-System Unterschiede in der Aufnahme von Patientengruppen entstehen.⁷ Zudem wäre für die Evaluation des

Zugangs zur stationären Versorgung wichtig zu erfahren, ob für eventuelle Nichtaufnahmen hauptsächlich medizinische, logistische oder wirtschaftliche Gründe eine Rolle spielen und welche Konsequenzen sich aus nicht angenommenen Patienten für nichtstationäre Versorgungseinrichtungen ergeben. Bei dem *Prozess der Diagnosestellung und Codierung* stellen sich beispielsweise die Fragen, inwieweit sich die tatsächliche Erkrankung durch ein standardisiertes Codierungssystem abbilden lässt, welche Konsequenzen etwaiges „upcoding“ oder Überdiagnostik, Erfassung von Nebendiagnosen sowie Fallsplitting für den Patienten haben könnten und wie Gespräche mit Patienten und Angehörigen durchgeführt werden. Für die *Behandlung während des stationären Aufenthaltes*⁸ ist der Einfluss der Codierung auf die tatsächliche Behandlung relevant, ebenso mögliche Unterschiede in der Behandlung von Patientengruppen hinsichtlich bestimmter Patienteneigenschaften. Zudem sollte die Möglichkeit einer differenzierten, individuellen und ganzheitlichen Behandlung von Patienten und ihre strukturellen Faktoren geprüft werden. Für den Zeitpunkt der *Entlassung* sind zum einen die Konsequenzen der Verkürzung der Verweildauer für den physischen und psychischen Zustand des Patienten entscheidend. Zum anderen müsste auch erfragt werden, ob Patienten hauptsächlich aus medizinischen, logistischen oder wirtschaftlichen Gründen verlegt werden. Für die *Versorgung nach dem Spitalaufenthalt* taucht die Frage auf, ob Konsequenzen der Entlassung für die poststationäre Versorgung mit Blick auf die Behandlungsqualität, die Kosten und die Belastung für poststationäre Einrichtungen und Angehörige festgestellt werden.

Die Kriterien des Clusters *Professionelles Selbstverständnis* widerspiegeln die Frage, ob sich das professionelle Selbstverständnis der Ärzte, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen als Anspruch an den eigenen Beruf und seine Ausübung mit den realen Arbeitsbedingungen und Arbeitsumfeld deckt. Eine mögliche Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit könnte Interessenkonflikte und Spannungsfelder erzeugen oder verstärken und beispielsweise Konse-

² Von den insgesamt 62 gültigen Aussendungen hatten wir 34 kommentierte Kataloge zurückerhalten.

³ Dieser Workshop fand am 11. Juni 2009 am Institut für Biomedizinische Ethik mit 12 Teilnehmenden statt.

⁴ Insbesondere im Rahmen einer Präsentation bei der Zentralen Ethikkommission der SAMW an der Sitzung in Bern vom 26. Juni 2009.

⁵ Die nachfolgend präsentierten Resultate stellen also bereits einen aktuelleren Stand dar als diejenigen, die im Rahmen des Symposiums vom 10. Juni 2009 in Bern präsentiert wurden. Die Publikation der graphisch aufgearbeiteten Darstellung der Ergebnisse ist für Nr. 40/2009 der Schweizerischen Ärztezzeitung vorgesehen.

⁶ Der Kürze des Artikels halber wird an dieser Stelle auf die Ausführung der Kategorie „Methodische Aspekte“ verzichtet.

⁷ Einfluss auf die Aufnahme könnten beispielsweise Patienteneigenschaften nehmen wie Erkrankung, Komorbiditäten, Alter, Geschlecht, Wohnort, Natio-

nalität, Aufenthaltsbewilligung, Versicherungsstatus, Sozialstatus, finanzielle Situation und Bildungsgrad.

⁸ Möglicherweise werden in der Schweiz die Codierprozesse und die Behandlung zeitlich parallel ablaufen; dies steht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht definitiv fest.

quenzen haben für die Berufsmotivation, für die Arbeitszufriedenheit und die Integrität und Authentizität der Arbeitenden.

Die *institutionellen und gesellschaftlichen Bedingungen* definieren mitunter den gesetzlichen, sozialen, finanziellen und ethischen Rahmen für die Gesundheitsversorgung (Cluster A und B). Insofern muss untersucht werden, welchen Einfluss Gesundheitsreformen auf die Strukturen des Gesundheitswesens und auf das gesellschaftliche Verständnis der Medizin haben. Mit Blick auf das DRG-System haben die institutionellen Rahmenbedingungen der Spitäler als unmittelbares Arbeitsumfeld einen direkten Einfluss auf die Patientenversorgung und das professionelle Selbstverständnis. Beurteilungskriterien dafür könnten beispielsweise die Führungsqualität, die Betriebskultur, hierarchische Strukturen, Handlungsspielräume und die Möglichkeit der Mitbestimmung und Eigeninitiative sein. Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsversorgung definieren Vorstellung, Leistungsumfang und Verteilung der Gesundheit. Dazu gehören beispielsweise gesellschaftliche Erwartungen an die Medizin und die Gesundheitsversorgung, politisch-demokratische Entscheide und die damit einhergehenden Gesetze und Reformen, die die finanziellen Mittel, die Verteilung der Gesundheit, den Zugang zur Gesundheitsversorgung und die Sozialversicherungen im Gesundheitsbereich regeln.

Im Rahmen der hier vorgestellten Delphi-studie wurde von den involvierten Experten grosses Interesse an einer Begleitforschung aus ethischer Sicht bekundet und die Relevanz der Kriterien im Kontext des schweizerischen Gesundheitswesens mehrheitlich bestätigt. Dabei muss betont werden, dass eine solche Begleitfor-

schung sehr komplex ist und interdisziplinär entwickelt werden muss, auch um den methodischen Herausforderungen angemessen begegnen zu können. Ebenso gilt es, eine produktive Balance zwischen theoretischen Diskussionen der Grundsatzfragen, empirischen Erhebungen und policy-Fragen zu finden und die Ergebnisse trotz Spezifikation auch für andere ethische Fragen der Ressourcenallokation und Finanzierungssysteme nutzbar zu machen. Soll eine Reform wie die Einführung der DRGs einer transparenten und breiten Nutzen-Kosten-Analyse unterzogen werden, – wie es für die Reform einer demokratisch zu legitimierenden und solidarisch zu zahlenden Sozialversicherung wünschbar ist –, dann muss die Frage gestellt werden, welche Prioritäten eine Gesellschaft bezüglich der Gesundheitsversorgung setzt und welche Kompromisse sie einzugehen bereit ist. Um eine solche Abwägung möglich zu machen, sind empirische Daten notwendig, die deutlich machen, welche Leistungen oder Vorzüge mit welchen etwaigen Einschränkungen in anderen Bereichen einhergehen. Was ist – konkret im Fall der DRGs gesprochen – der Preis für die anvisierte Effizienzsteigerung im stationären Bereich, und wie wird festgestellt, ob der intendierte Nutzen in der Tat auch eingetreten ist? So kann der experimentelle Charakter von Gesundheitsreformen auf positive Weise deutlich werden: Wenn Hypothesen, outcome-Parameter, Datenerhebung und -analyse klar beschrieben sind, kann das Ergebnis im Lichte der aktuellen empirischen Evidenzen und der von einem breiten Spektrum an Stakeholdern vorgebrachten Argumente in transparenter, inklusiver und ergebnisoffener Weise diskutiert werden. Damit würden bereits wichtige prozedurale Anforderungen an ein faires Gesundheitswesen erfüllt.



EACME ANNUAL MEETING

**16-18 SEPTEMBER, 2010
OSLO, NORWAY**

“Empirical Ethics”

FIRST ANNOUNCEMENT CALL FOR ABSTRACTS

In 2010 the Section for Medical Ethics, University of Oslo, and the European Association of Centres of Medical Ethics (EACME) will organise the EACME annual conference. The Section for Medical Ethics will be the co-ordinator and the host of the event.

There are four central topics:

- Empirical Ethics and Methodology;
- Empirical Ethics and Clinical Practice;
- Empirical Ethics, Benefit Sharing and Research;
- Empirical Ethics, Biopolitics and Human Rights.

Abstracts addressing the ethical dimensions of the following topics can be submitted:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Empirical Ethics and Methodology:<ul style="list-style-type: none">- Qualitative, quantitative and mixed methods- Pathways and pitfalls- Changing role of research participants• Empirical Ethics and Clinical Practice:<ul style="list-style-type: none">- Clinical ethics committees: building institutions- Improving clinical practice through empirical ethics- Patient role in clinical ethics | <ul style="list-style-type: none">• Empirical Ethics, Benefit Sharing and Research :<ul style="list-style-type: none">- The ethics of empirical ethics research- The empirical ethics of clinical research- Global perspectives on empirical ethics• Empirical Ethics, Biopolitics and Human Rights:<ul style="list-style-type: none">- Transnational traffic of healthcare workers (care drain)- Contextualism, cultural diversity, and human rights- Empirical ethics and health policy making |
|---|---|

The program of the conference includes plenary sessions as well as parallel sessions. Persons wishing to present papers at the conference are invited to submit an abstract addressing the ethical dimensions of the conference topics (500 words maximum) before **March 1, 2010**. Papers will be selected from the abstracts by the Conference Program Committee.

Please send abstracts to:

Institute of General Practice and Community Medicine

Section for Medical Ethics

Postboks 1130 Blindern

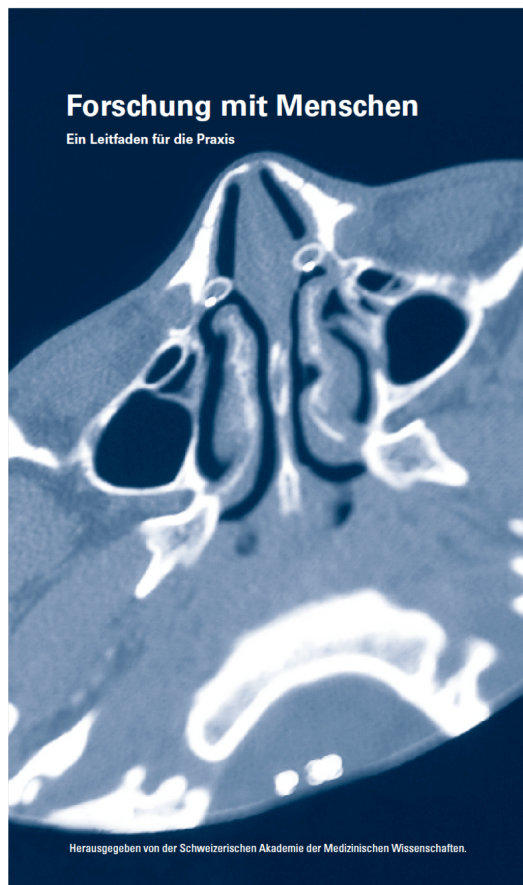
N-0318 Oslo

Tel. +47 22 84 46 60

Fax +47 22 85 05 90

E-mail: post-sme@samfunnsmed.uio.no

Conference website: http://www.med.uio.no/iasam/sme/seminar/eacme_2010/



Die SAMW veröffentlicht einen Leitfaden für die «Forschung mit Menschen»

In der Schweiz ist die Forschung mit Menschen auf gesetzlicher Ebene bisher uneinheitlich geregelt; bis zu einer entsprechenden Bundesregelung wird es noch einige Jahre dauern. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat diese Situation zum Anlass genommen, einen Leitfaden für die Forschung mit Menschen zu veröffentlichen. Der Leitfaden vermittelt einen Überblick über die wesentlichen Grundbegriffe der Forschung sowie über die rechtlichen Rahmenbedingungen, die bis zum Inkrafttreten des neuen Humanforschungsgesetzes gelten; daneben beleuchtet er aktuelle Fragestellungen in der Forschungsethik.

Neben den klassischen Themen der Forschungsethik, wie z.B. dem Schutz besonders verletzlicher Versuchspersonen oder der Abwägung von Nutzen und Risiken, setzt sich der Leitfaden vertieft mit den Kriterien für die Qualität von Forschungsvorhaben und der Rolle der Forschungsethikkommissionen auseinander. Er gibt zudem einen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen, die bis zum Inkrafttreten des neuen Humanforschungsgesetzes gelten.

Der Leitfaden kann gratis beim Generalsekretariat der SAMW bestellt (mail@samw.ch) oder von der Website heruntergeladen werden (www.samw.ch). Die französische und eine englische Textfassung stehen ab Dezember zur Verfügung.

Agenda

Freitag (!), 4. Dezember 2009, Bern:

Symposium «20 Jahre/ans SGBE-SSEB»:

Die Zukunft der Bioethik / Le Futur de la Bioéthique

Informationen: siehe beiliegendes Programm

September 16-18, 2010, Oslo:

EACME Annual Meeting «Empirical Ethics»

Informationen: siehe S. 30

Impressum

SGBEbulletinSSEB

wird herausgegeben von der

Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

ISSN 1662-6079

SGBEbulletinSSEB No. 60 erscheint im März 2010; Redaktionsschluss: 15. Februar 2010.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel,

Postfach, 4025 Basel

Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10,

Fax ++41 (0)61 325 01 21

E-Mail : info@bioethics.ch