

Argumentarium für ein DRG-Moratorium

Gemeinsame Aspekte – DRG-Moratorium-Gruppe und Chefärztevereinigung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin *)

1. Ungelöste Situation bezüglich der **Investitionen**, da die aktuelle Höhe, über welche verhandelt wird, mit 12% angenommen wird, aber objektiv und aus Daten der Vergangenheit von 15-16% ausgegangen werden muss.
2. Ungelöste Situation rund um die ärztliche **Aus- und Weiterbildung**. Diese Sorge wird auch vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) geteilt, da die Finanzierung unter DRG-Bedingungen völlig offen und unklar ist.
3. Die **Begleitforschung**, welche zugesagt und von der Nationalen Ethikkommission schon im September 08 dringlich gefordert wurde, sollte unbedingt aufgegleist werden. Dabei untersucht werden müssen auch der administrative und der Dokumentationsaufwand im Vergleich zur produktiven Arbeitszeit am Patienten, Fragen nach Zeit für Weiter- und Fortbildung, Entwicklung des Personalbestands, Behandlungsfreiheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit. Eine offizielle Forschungsvorlage liegt zurzeit nicht vor, obwohl sie aus Vergleichsgründen spätestens ein, besser zwei Jahre vor Einführung der SwissDRGs begonnen werden sollte (vergleiche dazu den Artikel „Monitoring für eine nachhaltige Gesundheitspolitik erforderlich“ – „Konzept für die Begleitforschung“, S. 40-09)

*) Die Chefärztevereinigung der SGIM unterstützt in ihrer Stellungnahme vom 05.07.10 zwar nicht das Moratorium, glaubt aber, dass ohne **zeitgerechte Klärung** dieser drei Punkte (Begleitforschung, Investitionsbeiträge und Finanzierung der Weiterbildung) eine schweizweite Einführung 2012 nicht möglich ist. Sie fordert, „dass die Einführung der DRG erst zu einem Zeitpunkt erfolgt, wenn die erwähnten drei Punkte abschliessend geklärt sind“.

Weitere Punkte, die der Gruppe DRG-Moratorium ebenfalls zur Sorge Anlass geben

1. Viele **Datenschutzprobleme** sind ungelöst. Grund ist der problematische Diagnosezwang in medizinisch nicht eindeutigen Situationen (z. B. psychosoziale Indikationen), da ohne eine „klare“ Diagnose nicht abgerechnet werden kann.
2. Die **Auswirkungen auf die vor- und nachgelagerten Bereiche** (Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegeinstitutionen, Spitex, Rehabilitationseinrichtungen) müssen bekannt sein. Es darf keine unkontrollierte **Verschiebung der Gesundheitskosten** in den ambulanten Bereichen mit entsprechender Prämienerrhöhung statt finden.
3. **Kostensteigerung** allgemein: Es wird notgedrungen ein grosser Verwaltungsapparat aufgebaut, wenn flächendeckende DRGs kommen. Dies wird zu einem Kostenschub im Bereich der IT, der Controller, der Kodierer, der Revisionscontroller etc. führen. Dieser Verwaltungsaufwand bringt neue Intransparenz und verbraucht Ressourcen, die am Patientenbett fehlen werden.
4. **Qualitätssicherung**: Die heutigen Instrumente der Qualitätssicherung sind mehrheitlich ungeeignet, um unter DRG-Bedingungen Qualitätsprobleme festzustellen. In erster Linie braucht es validierte **Qualitätsmessungen der Indikationsstellung**. Der DRG-Anreiz

birgt die Gefahr des Rosinenpickens und kann ohne Überwachung der Indikationen zu einer Überbehandlung von Gesunden und Unterbehandlung von Schwerkranken führen.

5. Da in der DRG-Systematik die Investitionskosten integraler Bestandteil der Vergütung sind, kommt es, sofern die öffentlich-rechtlichen Institutionen im Gegensatz zu den Privatkliniken an das **Submissionsrecht** gebunden bleiben, zu einer unhaltbaren Wettbewerbsverzerrung.
6. Es muss geklärt sein, wie die DRG die **Arbeitsbedingungen, Arbeitszufriedenheit und Motivation** in allen Gesundheitsberufen beeinflussen. In entsprechenden Untersuchungen in Deutschland hat sich die Situation diesbezüglich massiv verschlechtert. Gut 50% der Pflegenden denken über einen Berufswechsel nach, knapp 20% der Ärzte würden den Beruf eher nicht mehr und 10% sicher nicht mehr ergreifen. Zudem kommt es zu einem Abwandern von Gesundheitspersonal in die Administrativberufe. Beides führt zu einer Verschärfung des ohnehin wohl grössten Problems der Zukunft im Gesundheitswesens, nämlich der **Personalknappheit**.
7. Eine weitere Gefahr der DRG betrifft die **Unterwanderung der Managed Care Idee**, da durch Auslagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich der Nutzen des Managed Care-Gedankens Gefahr läuft, zu nichte gemacht zu werden.

Lösungsansätze

1. **Moratorium** (Aufschieben des Einführungsdatum vom 01.01.12 auf einen späteren Termin), um die vielen offenen Fragen breit abgestützt zu diskutieren und konsensfähige Lösungen erarbeiten zu können.
2. Wahrscheinlich Reduzieren der DRG-abgerechneten Fälle auf „**unproblematische Leistungsgruppen**“, insbesondere der Chirurgie, wie das in Australien praktiziert wird.
3. Entwicklung neuer **Finanzierungsmodelle** für polymorbide, komplexe, internistische Patienten, pädiatrische Patienten, Psychiatrie, Palliative Care und Orphan diseases (seltene Erkrankungen) ausserhalb von DRG-Abrechnungen und Einbinden in Versorgungsregionen mit Managed Care-Budgets.