

# Fallkostenpauschalen und deren Folgen – eine kritische Zwischenbilanz



Christian Hess

Seit 2012 wird auch in den Spitälern der Schweiz mit sog. Fallkostenpauschalen (DRG) abgerechnet. Die Erfahrungen in anderen Ländern sind zwar allesamt durchgezogen und erfüllten die auch bei uns gemachten Versprechungen bezüglich Transparenz, Kosteneindämmung und Qualität keineswegs. In Deutschland, dessen System als Vorlage diente, kam es zu vielen beklagenswerten Verschlechterungen in der Gesundheitsversorgung: Zeitmangel, Überbehandlung, Verlust an intrinsischer Motivation, zunehmender Privatisierung ohne Rücksicht auf den Versorgungsauftrag etc. Dennoch konnten weder Politik noch die FMH dazu motiviert werden die flächendeckende Einführung nochmals zu überdenken. Im Gegenteil: In der Schweiz wurden auch noch die Investitionskosten in das System gepackt, und in Zukunft müssen zusätzlich Psychiatrie, Palliative Care und Rehabilitation in «geeigneter» Form mit DRG abrechnen.

## Wettbewerb oder Qualität?

Hinter der Einführung steht offensichtlich in erster Linie eine Ideologie des Wettbewerbes und der neoliberalen Marktlogik. Da half es auch nicht, darauf hinzuweisen, dass Wettbewerb bei nicht existierenden Marktbedingungen sinnlos ist, dass der Markt nach Überversorgung mit Wachstum strebt und die Qualität unter Druck gerät. Weil das aber doch allen als hintergründige Bedrohung klar war, wurden verschiedene Begleitstudien dieses Bevölkerungsexperiments initiiert. Eine davon ist die von der FMH in Auftrag gegebene gsf-Studie, die im Januar 2016 publiziert wurde.

Publik wurde daraus in erster Linie der Zuwachs an administrativer Arbeit bzw. die Abnahme des Patientenkontaktes. Thematisiert wurde zudem die fragwürdige Situation, dass variable Lohnanteile für rund einen Viertel (bzw. einen Fünftel) der leitenden Ärzte und Chefärztinnen

mit dem Risiko der Überbehandlung bestehen, sowie der permanente Zeitdruck mit seinem Risiko für Qualität und Motivation.

Dazu im Folgenden vier meines Erachtens wichtige Aspekte:

- 1) Was für ein **Menschenbild** steht hinter einem System, das menschliches Leid geldwertig hinterlegt? Sind die komplexen Anreize überhaupt noch zu durchschauen, insbesondere im Hinblick auf deren Missbrauch? Stehen in einem solchen System, das Profit erwirtschaften sollte, die Bedürfnisse des Patienten noch im Vordergrund? Was geschieht auf der Beziehungsebene zwischen Ärztinnen und Patienten? Kann das Vertrauen aufrechterhalten werden, das immerhin die wichtigste Voraussetzung für ein menschengerechtes Gesundheitswesen ist?
- 2) Der **administrative Aufwand** nimmt laufend zu. Das hat mit den systemimmanenten Fehlanreizen zu tun, die eine Vielzahl von Kontrollmechanismen nötig machen. Zudem wird die Leistungserfassung auf die Belegschaft mit unmittelbarem Patientenkontakt verschoben. Die Hoffnung der Pauschalabgeltung war allerdings eine andere, nämlich mehr Effizienz und weniger Administration. Stattdessen breitet sich Misstrauen zwischen den unterschiedlichen Akteuren aus: Der Controller kontrolliert die Ärzte, die Verwaltung definiert Leistungsvorgaben, die Gesundheitsdirektionen knüpfen Leistungsaufträge an zu kontrollierende Bedingungen und Fallzahlen, und die Krankenkassen fragen skeptisch nach, ob das alles nicht eher Ertragsoptimierung als qualitätsvolle Patientenversorgung ist. Der Patient, die Patientin andererseits ist sich nicht mehr sicher, wem zuerst gedient wird: den Anforderungen eines für ihn absolut undurchschaubaren Systems oder seinem Wohle.
- 3) **Zeit wird** aus mehreren Gründen **knapp**: Erstens weil, wie dargestellt, viel Zeit für all diese administrativen Arbeiten verbraucht wird und zwei-

tens weil in einem auf Profit orientierten System das Effizienzdenken kultiviert wird. Patientengespräche, Empathie, verstehendes und ringendes Dabeisein bei Schwerkranken ist aber nicht effizient, nur menschlich! Die Effizienzforderungen der Rationalisierungsapostel mögen in allen industriellen Abläufen Sinn machen, aber sie lassen sich nicht ohne Schaden auf das Gesundheitswesen übertragen. Dort führen sie zur Rationierung von Zeit: Zeit am Patientenbett, Zeit für Gespräche, Zeit für Beziehungsmedizin, Zeit für Entscheidungsfindung. Andererseits werden in einem solchen Anreizsystem alle medizinisch-technischen Handlungen favorisiert und damit tendenziell übergenutzt. Ein Grossteil des medizinischen Erfolges geht aber auf solche «soft skills» zurück und zeigt sich in sog. Placebo-Wirkungen, die in aller Regel grösser als die Wirkung der eigentlichen medizinischen Interventionen sind. Eine Ausnahme von dieser Regel bilden teilweise die operativen Fächer. Aber gerade dort kommt es zur gefährlichen Überversorgung, wie zahlreiche Daten nahelegen. Überversorgung, die durch die erwähnten Bonus- bzw. leistungsabhängigen Entlohnungssysteme zusätzlich angeheizt werden. Auch der Bericht der FMH zeigt auf, dass bei 804 befragten akutsomatischen Ärzten, in nur einem Monat, jeder 0,9 nicht indizierte Operationen beobachtet hatte. Das sind in dieser befragten Subgruppe immerhin  $0,9 \times 804 \times 12 = 8683$  Operationen im Jahr. Eine ungeheuerliche Zahl, die aber im Bericht so nebenbei erwähnt und heruntergespielt wird.

- 4) Und schliesslich kann die **intrinsische Motivation** auf die Länge so wohl kaum aufrechterhalten werden. Bereits 10% der Ärztinnen und Ärzte denken über einen Ausstieg aus dem Beruf nach. In Deutschland, wo das System 5 Jahre früher eingeführt wurde, sind die Zahlen deutlich höher.

## Fazit

Das System der Fallkostenpauschalen (DRG) ist wenig patientengerecht. Es re-

duziert Kranksein auf einen Geldwert. Neben dem Verlust an gegenseitigem Vertrauen führt es zu einer technisch orientierten Medizin, die Beziehungsaspekte und existentielle Fragen vernachlässigt. Es begünstigt Überversorgung mit allen Konsequenzen vom Kostenschub bis zu Komplikationen und höhlt die intrinsische Motivation der besonders engagierten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zunehmend aus. Zu-

dem nimmt der Druck zur bereits in vollem Gange stehenden Privatisierung zu, womit die Versorgungsoptik der Gewinnoptimierung geopfert wird. Geld wird nicht in Qualität und bessere Versorgung, sondern in Milliardenhöhe in Hotellerie investiert, um Zusatzversicherte sowie reiche Ausländerinnen und Ausländer anzulocken. Die Schwächsten der Gesellschaft, diejenigen mit seltenen Krankheiten und Schwerkranke, sind

schlecht kalkulierbar und haben das Nachsehen.

Wollten wir das wirklich?

*Dr. med. Christian Hess*

---

**Dr. med. Christian Hess** ist ehemaliger Chefarzt Innere Medizin am Spital Affoltern und Mitbegründer des Vereins «Akademie Menschenmedizin» ([www.menschenmedizin.ch](http://www.menschenmedizin.ch)).

---

Erschienen in Synapse 4/16