

# Kurz aber schmerzhaft?

SwissDRG aus ethischer und sozialpolitischer Perspektive\*

*Frank Mathwig*

## I. Einleitung

Seit geraumer Zeit kommen die Gesundheitswesen der Industriestaaten nicht mehr aus den Schlagzeilen. Nüchtern betrachtet, verweist diese Beobachtung zunächst auf zweierlei: *Ers- tens* ist den Bürgerinnen und Bürgern ihre Gesundheit offensichtlich so wichtig, dass die Po- litik nicht umher kommt, sich immer wieder mit dem Thema zu befassen. *Zweitens* bildet der notorische ökonomische Druck, unter dem die Gesundheitssysteme stehen, nur ein Symp- tom ihrer Erfolgsgeschichten nach dem Zweiten Weltkrieg. Die westlichen Gesundheitssys- teme sind mit anderen Worten Opfer ihres eigenen Erfolges. Die Menschen werden – auch dank der medizinischen Möglichkeiten – immer älter und das ungeachtet von ihren chroni- schen und multimorbiden Erkrankungen. Darüber hinaus finden 10 % aller Erwerbstätigen in der Schweiz einen Arbeitsplatz im Gesundheitswesen.

Vor diesem Hintergrund wird unmittelbar klar, warum das Gesundheitswesen ein ökono- misch nicht nur interessanter, sondern auch wichtiger Gegenstand ist. Obwohl das Problem expandierender Gesundheitsausgaben in der Schweiz seit den 1970er Jahren diskutiert wird und obwohl im Zuge der weltweit geführten Diskussionen immer mehr Wissenschaftsberei- che (allen voran die Ökonomie, Soziologie und politische Ethik) ihr Interesse an dem Thema ‚Gesundheitswesen‘ entdeckten, hielten sich innovative Lösungen im überschaubaren Rah- men. Zwei Faktoren für diese kreative Monotonie müssen besonders hervorgehoben wer- den: *Einerseits* die von Anfang an vertretene – und zu Zeiten des ‚Eisernen Vorhangs‘ auch ideologiepolitisch motivierte – Haltung, dass die Krankheit des Gesundheitswesens als Folge ihrer fehlenden marktwirtschaftlichen Anreizstruktur betrachtet werden müsse und *anderer- seits* die Tatsache, dass sich Gesundheits- und Krankheitszustände von allen Ökonomisie- rungsbemühungen relativ unbeeindruckt zeigen. Die ökonomischen Verhältnisse spielen zwar eine wichtige Rolle dabei, ob jemand gesund bleibt oder krank wird. Die Ökonomie bringt aber keine Krankheit zum Verschwinden oder beeinflusst die körperlich-psychischen Anlagen der Menschen derart, dass Krankheiten erst gar nicht entstehen. Kurz: Wer krank ist und eine Gesundheitsversorgung benötigt, dem hilft die Ökonomie nicht weiter. Auffällig in den Diskussionen der vergangenen Jahrzehnte ist, dass die Gesundheitsökonomie stets in die Kranken und Hilfsbedürftigen ökonomische Interessen hineinorakelte, aber kaum diejeni- gen kritisch unter die Lupe nahm, die das Gesundheitswesen als ökonomisch ausbeutbaren Gesundheits*markt* betrachteten. Im Gegenteil, die Gesundheitsökonominnen und ihre politi- schen Anhängerinnen singen stoisch das Hohe Lied des freien Marktes. Selbst die jüngsten globalen finanz- und wirtschaftspolitischen Entwicklungen ändern daran nichts. Aber müsste nicht die Frage äusserst beunruhigend wirken, wie es einem marktwirtschaftlich organisierten

---

\* Vortrag anlässlich der Generalversammlung der aggp, 26. April in Zürich

Gesundheitswesen unter solchen Bedingungen ergehen würde – also, wenn die nächste grosse Krise nach dem Finanz- und Bankendesaster eine Gesundheitswirtschaftskrise ähnlichen Ausmasses würde?

## II. Diagnosis Related Groups

Das Konzept der «Diagnosis Related Groups» (DRGs) wurde bereits 1967 als medizinisches Klassifikationssystem zur Qualitätssicherung an der Yale Universität entwickelt. 1983 wurde es in den USA erstmals als Abrechnungssystem im Medicare-Bereich eingesetzt. Deutschland stellte 2003 auf DRG als finanzielles Vergütungssystem von Spitälern um. Im Jahr 2005 entschied die Schweiz, das DRG-System auf der Grundlage des deutschen Modells landesweit zu übernehmen. Allerdings haben verschiedene Kantone (Waadtland, Tessin, Zug, Obwalden, Nidwalden, Schwyz) bereits Erfahrungen mit DRGs. In ihrem mehr als 40jährigen Bestehen haben DRG-Konzepte einen stetigen Wandel durchgemacht und gelten heute als probates ökonomisches Mittel zur Steuerung bestimmter Bereiche des Gesundheitswesens.

Die Pointe dieser System-Familie besteht darin, dass jeder konkrete Behandlungsfall im Spital «einer bestimmten diagnose-bezogenen Fallgruppe, einer «diagnosis-related-group» zugeordnet [wird]. Für jede DRG erstattet der Kostenträger dem Krankenhaus einen festgelegten Geldbetrag, unabhängig vom Umfang der tatsächlich erbrachten Leistungen. Die Herausforderung eines DRG-Systems besteht folglich darin, Fallgruppen zu entwickeln, die nicht nur medizinisch, sondern auch hinsichtlich der Kosten homogen sind: Behandlungsfälle, die in einer Gruppe zusammengefasst werden, sollen möglichst den gleichen Ressourcenverbrauch aufweisen.»<sup>1</sup> «Der einzelnen DRG kommt je nach Schweregrad der darunter zusammengefassten Krankheitsfälle ein bestimmtes Kostengewicht zu. Die Summe aller Kostengewichte macht den sogenannten Fallmix (Case Mix) aus, dessen Querschnitt (Case Mix Index) als Berechnungsgrundlage für die finanzielle Abgeltung von stationären Aufenthalten in einem Spital dient.»<sup>2</sup>

Die mathematischen Details können an dieser Stelle ausser Acht gelassen werden. Wichtig ist nur die grundsätzliche Idee der DRGs, die zu einem Paradigmenwechsel in der Spitalfinanzierung führt: Erstattet werden nicht mehr real erbrachte Leistungen und die Aufenthaltsdauer, sondern ein Pauschalbetrag für die Behandlung des Falles gemäss der zugeteilten DRG und deren Kostengewicht. D.h. ein Spital kassiert die gleiche Summe für den behandelten Fall, unabhängig davon, ob dieser tatsächlich geringere oder auch viel höhere Kosten erzeugt hat. Dabei sind die DRG-Entgelte, also der Betrag, den das Spital für die Behandlung einer Patientin erhält, nicht an den jeweiligen Fall gebunden. Es kommt also – in einem gewissen Rahmen – zu einer internen Kompensation, zumindest dann, wenn das Spital nicht bei jedem Fall etwas «drauflegt». Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) bemerkt dazu: «In der Praxis bedeutet dies, dass ein Spital durch die Verkürzung der Verweildauer und durch das Zurückstellen medizinischer und pflegerischer Leistungen Ge-

---

<sup>1</sup> Georg Marckmann / Daniel Strech, Auswirkungen der DRG-Vergütung auf ärztliche Entscheidungen: Eine ethische Analyse, in: ZME 55/2009, 15–27 (16f.).

<sup>2</sup> Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Zur Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen in Schweizer Spitälern, Stellungnahme Nr. 15/2008, Bern 2008, 3.

winne erzielen oder, falls erbrachte Leistungen das Budget übersteigen, Verluste machen kann.»<sup>3</sup>

Der 2004 gegründete Verein SwissDRG führte zwischen 2004 und 2007 ein Projekt zur Neugestaltung der Tarifstruktur durch. Mitglieder waren u.a. Santésuisse, die Medizinaltarifkommission UVG, H+ Die Spitäler der Schweiz, die FMH und die Gesundheitsdirektorenkonferenz. Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, das Bundesamt für Statistik und das Bundesamt für Gesundheit hatten Beobachterstatus. Nach der Entscheidung des Gesetzgebers im Jahr 2007, DRGs bis 2012 flächendeckend einzuführen, wandelte sich SwissDRG in eine gemeinnützige Aktiengesellschaft um. Ihr Verwaltungsrat besteht aus Vertretern der damals aktiven Vereinsmitglieder. Die Aufgabe der Aktiengesellschaft besteht in der Anpassung und Pflege einer neuen Tarifstruktur.

Ein Blick auf die selbstgesetzten Ziele von SwissDRG ist aufschlussreich: «Durch das neue Tarifsysteem SwissDRG sollen bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen genutzt werden. Vor dem Hintergrund der zunehmend knappen Ressourcen für öffentliche Aufgaben und der Alterung der Bevölkerung mit den damit verbundenen Kosten ist es notwendig, unter Sicherstellung einer hohen Qualität, Patienten möglichst effizient zu behandeln. Das eingesparte Geld steht dann beispielsweise für besonders aufwändige Behandlungen zur Verfügung.»<sup>4</sup> Grundsätzlich fällt auf, dass diese Zielformulierung sich kaum von einer durchschnittlichen gesundheitsökonomischen Problemskizze unterscheidet: Knappe Kassen, demographischer Wandel, Kostenanstieg, Effizienzsteigerung. Bemerkenswert darüber hinaus ist *erstens*, dass mit den DRGs im Endeffekt keine Kosteneinsparungen, sondern eine Umwidmung der Ausgaben angestrebt werden, weil *zweitens* die Einsparungen besonders kostspieligen Behandlungen zugute kommen sollen. Das ist nur eine wenig kassierte Umschreibung für eine weitere Förderung der Spitzen- und Hochleistungsmedizin. Zieht man allerdings die empirischen Untersuchungsbefunde aus jenen Ländern hinzu, die über jahrelange Erfahrungen mit DRGs verfügen, muss an der Zielsetzung gezweifelt werden. Denn der Systemwechsel «wird eine jetzt schon hypertrophe Administration noch vergrössern und eine sinnlose Datenakkumulation verlangen, um mit immer mehr administrativ Beschäftigten zu kontrollieren, dass die medizinischen Leistungserbringer immer weniger medizinische Leistungen erbringen».<sup>5</sup> Es ist also zu erwarten, dass die Bürokratisierung *einerseits* mehr Kosten erzeugt, als mit ihrer strikten Durchführung überhaupt eingespart werden kann. *Andererseits* zeigen internationale Studien, dass der Organisationsaufwand bei der Taxierung neuer Medizintechnologien ihre Einführung sogar massiv behindern oder verzögern kann.

Nichts desto trotz spiegelt sich dieser Grundsatzentscheid für eine Spitzenmedizin – freilich aus umgekehrter Perspektive – in einer Äusserung von dem Regierungsrat, Verwaltungspräsidenten von SwissDRG und Vizepräsidenten der Gesundheitsdirektorenkonferenz Carlo Conti wider: «Es zeigt sich heute, dass auch in der Alterspolitik die richtigen Weichen bereits heute gestellt werden müssen. Die Einführung von SwissDRG zwingt die Kantone infolge

---

<sup>3</sup> Ebd.

<sup>4</sup> [http://www.swissdrg.org/de/07\\_casemix\\_office/Ziele.asp?navid=12](http://www.swissdrg.org/de/07_casemix_office/Ziele.asp?navid=12).

<sup>5</sup> Paul R. Vogt, Fallpauschalen – DRG-System: Chance oder die nächste Katastrophe, in: Kardiovaskuläre Medizin 10/2007, 189–191 (190f.).

hoher Aufenthaltsdauer zur Abgrenzung der Geriatrie vom Akutbereich, was vermehrt zu spezialisierten Geriatriespitalern führen wird. Pflegeheimkapazitäten müssen künftig zentraler und regionaler geplant werden, was eine grenzüberschreitende Kapazitätsplanung notwendig macht.»<sup>6</sup> Die Zielsetzung von SwissDRG und die Äusserung ihres Verwaltungsratspräsidenten lassen keinen Zweifel aufkommen: Eine Zielperspektive besteht in dem Ausbau der Spitzenmedizin auf Kosten etwa der Geriatrie, die aus dem Finanzierungspool ausgeschlossen werden soll. Bemerkenswert, wie hier «Alterspolitik» definiert wird: Raus aus der Spitalfinanzierung – oder anders gesagt: Spitzengesundheitsversorgung nur für die aktive Bürgerin und den knackig-frischen Bürger.

### III. Konfliktfelder des DRG-Systems

Bevor ich mich Problembereichen aus Sicht der Pflege zuwende, möchte ich zunächst auf einige allgemeine Konfliktfelder hinweisen, wie sie in den vorliegenden nationalen und internationalen Untersuchungen und Beurteilungen zutage treten und in der Fachliteratur diskutiert werden. Denn aus der allgemeinen Problemanalyse ergeben sich bereits Hinweise auf die spezifische Situation der Pflege unter DRG-Bedingungen. Immer wiederkehrende Kritikpunkte sind:

1. Ein wesentliches Ziel der DRG-Logik besteht darin, die *Verweildauer* von Patientinnen und Patienten zu optimieren, d.h. zu verkürzen. Angesichts der in der Schweiz – im Vergleich mit dem europäischen Ausland – durchschnittlich langen Spitalaufenthalte, scheint das nicht von vornherein problematisch zu sein. Allerdings verfügt das DRG-System über keine geeigneten Instrumente, um eine frühzeitige und medizinisch riskante Entlassung wirksam zu verhindern.
2. Die Verkürzung der Verweildauer im Spital birgt nicht nur medizinische, sondern auch ökonomische und soziale Risiken. Viel beschrieben sind die steigenden *Rehospitalisierungsraten* – der «Drehtüreffekt» – aufgrund der schlechteren Gesundheitszustände zum Zeitpunkt der Entlassung, den sogenannten «blutigen Entlassungen».
3. Die Strategie frühzeitiger Entlassungen schiebt sowohl medizinischen als auch pflegerischen Versorgungsbedarf an andere Einrichtungen ab: die Rehabilitationsmedizin und Nachsorgeeinrichtungen, Hausärzte, Spitex und natürlich die Familien und Angehörige. Diese Auslagerung hat auch eine finanzielle Seite, die allerdings in der DRG-Rechnung gar nicht auftaucht. Insofern findet hier eine *Kostenverschiebung* auf die ambulante Versorgung statt.
4. Neben diesen wachsenden Belastungen für andere, vom DRG-System nicht erfasste Versorgungseinrichtungen und Leistungen, fällt vor allem die *Fragmentierung* der Behandlung ins Gewicht. Denn die Entlassung bei instabilem Zustand aus dem teuren Spital verlangt häufig die Fortsetzung von kostenintensiven Therapien, die aber von anderen Institutionen, mit weniger finanziellen, Kapazitäts- und Kompetenzressourcen, kaum geleistet werden kann. So kann die DRG-Policy – entgegen ihrer eigenen Zielsetzung – gerade zu medizinischen Effizienzverlusten führen.

---

<sup>6</sup> Carlo Conti, Die Einführung von SwissDRG, in: Bulletin SAMW 1/09, 6.

5. Der Grundgedanke des DRG-Systems, nicht mehr Patientinnen und Patienten, sondern Fälle innerhalb eines Klassifikationssystems zu behandeln, führt zur *Sequenzialisierung von Behandlungen*. Wird während der Behandlung der Hauptdiagnose einer Patientin oder eines Patienten eine weitere Erkrankung festgestellt, so müsste die Person zunächst wieder entlassen, um nach einer gewissen Zeit erneut hospitalisiert zu werden. Denn nur so wäre die Kostenerstattung für die Behandlung der weiteren Erkrankung gesichert. Es wird unmittelbar deutlich, welche Folgen ein solche ‹Logik› für die Situation der betroffenen Person hätte und in welche Konflikte das Spitalpersonal käme, von dem ein solches, strategisches Handeln gefordert wäre.
6. Die Wirklichkeit deckt sich bekanntlich selten mit den theoretischen Erwartungen und Zumutungen darüber. Die Spitalrealität zeigt, dass Krankheitsfälle und -verläufe häufig eine *Komplexitätsdynamik* entwickeln, die weder prognostizierbar ist, noch in einer Klassifikations-Matrix abgebildet werden kann. Das DRG-System ist blind gegenüber solchen Dynamiken. Im engen Korsett des DRG-Regime führt das zwangsläufig zu einer Unter- oder Fehlversorgung von Patientinnen und Patienten.
7. Natürlich gibt es Möglichkeiten, sich quasi Pufferzonen für Unvorhergesehenes zu schaffen. DRGs fördern systemimmanent die Tendenz zu einem sogenannten ‹*upcoding*›. D.h. die Einordnung eines Falls geschieht auch unter dem Gesichtspunkt, wie viel Geld eine bestimmte Taxierung für das Spital abwirft. Je höher eingestuft wird, desto mehr finanzielle Ressourcen stehen zur Verfügung. So besteht die Gefahr eines verzerrten Krankheitsbildes, das Risiko von Überbehandlungen und die damit verbundenen negativen Folgen für Patientinnen und Patienten. Zudem belegt diese Tendenz, dass auch DRGs die Gewinnmaximierungsstrategien auf der Seite der Leistungserbringer nicht wirklich stoppen können, sondern allenfalls eine alternative Methode für den ‹*homo oeconomicus* im weissen Kittel› anbieten.
8. Das DRG-Regime erfindet die Zwei-Klassen-Medizin neu. Ein ökonomisch rational handelndes Spital wird sich um betriebswirtschaftlich ‹*lukrative*› *Patientengruppen* bemühen. Als lukrativ gelten solche Fälle, die statistisch gesehen unter dem, für die Gruppe vorgesehenen Aufwand behandelt werden können. Unlukrativ sind dagegen Patientengruppen, bei denen zu erwarten ist, dass die tatsächlichen Behandlungskosten die garantierte Pauschale übersteigen. Internationale Studien haben gezeigt, dass Spitäler in Ballungszentren im Vorteil sind, weil sie ‹*Rosinenpickerei*› bei der Fallauswahl betreiben können. Spitäler in ländlichen Regionen, die ihrem Versorgungsauftrag nachkommen müssen und keine PatientInnenselektion betreiben können, geraten in Nachteil. In Deutschland hat das bereits zu Spitalschliessungen in ländlichen Regionen geführt. Die PatientInnenauswahl nach ökonomischen Kriterien verletzt nicht nur fundamentale Gerechtigkeitsgrundsätze. Perspektivisch kann das DRG-System zu einer Gefährdung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung eines Landes führen.
9. Schliesslich ist die gesamte Diskussion im Horizont der wachsenden *Eigenverantwortung* der Patientinnen und Patienten zu betrachten. Die Möglichkeit der Spitalwahl und die Ausweitung der ambulanten Versorgung durch eine rigide DRG-Policy stellen hohe Anforderungen an die einzelne Person. Bereits heute ist absehbar, dass viele Menschen diese Aufgabe nicht gewachsen sind bzw. sein werden. Notwendig werden also die

Etablierung und der Ausbau von Begleitmassnahmen, vor allem im Rahmen von Case Management, die wiederum einen neuen Kostenfaktor in die Welt setzen.

Ich breche an dieser Stelle ab, ohne zu behaupten, dass die genannten Defizite notwendig auftreten werden. Es sind vielmehr Tendenzen, die – wie die Empirie zeigt – durchaus möglich oder sogar wahrscheinlich sind. Natürlich gibt es Überlegungen, solchen Entwicklungen systemimmanent zu begegnen. Das führt allerdings zu einem sukzessiven Aufblähen oder Aufweichen der Kriteriologie, sodass die ursprüngliche Idee eines schlanken und universal einsetzbaren Berechnungsalgorithmus bereits heute als gescheitert betrachtet werden muss. Die Theoriedebatte konzentriert sich entsprechend zunehmend auf eine Verfeinerung der Systeme (*refinement*) und eine Reduktion von Varianzen.<sup>7</sup> Die Folgen sind *einerseits* eine immer ausdifferenziertere Taxonomie von Mehrfachzuordnungen, Zusatzentgelten, Leistungskomponenten oder separaten Vergütungsklauseln. *Andererseits* – und das ist gravierender – besteht die latente Gefahr, dass Medizinbereiche, die nicht in das Schema passen – wie etwa die Geriatrie und Psychiatrie –, einfach aussortiert werden. Im Umfeld des DRG-Systems soll eine umfangreiche Begleitforschung entstehen, um die bisher nicht oder nur sporadisch vorhandene Datenbasis als Grundlage für die Erstellung von Verteilungsschlüsseln, zu verbessern. Damit wird ein ganz neues Aufgabenspektrum im Spitalbereich geschaffen, das – weil es finanziert werden muss – weitere Ressourcen, die der PatientInnenversorgung zugute kommen sollen, in die externe Administration abzieht.

#### IV. Pflegespezifische Aspekte von DRG

Eine Analyse der pflegespezifischen Aspekte von DRG muss bei einer politischen Beobachtung beginnen: Während die Medizin durch Vertreterinnen und Vertreter von FMH und SAMW im Verwaltungsrat von SwissDRG repräsentiert sind, ist die Pflege dort nicht vertreten. Dem entspricht der sachliche Befund, dass die «Wichtigkeit einer angemessenen Abbildung der Pflege im zukünftigen SwissDRG-System [zwar] von den Projektpartnern SwissDRG grundsätzlich anerkannt» wird, dass aber die Pflege in gegenwärtigen DRG-Systemen nur «unzureichend» mit einbezogen ist. So lautet der Befund der *Arbeitsgruppe DRG und Pflege* in ihrem internen *Schlussbericht Forschungsplan DRG und Pflege zu Handen der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter SVPL und des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK* kurz und knapp «Allgemeingültige und produktiv umsetzbare Lösungsansätze fehlen bisher.»<sup>8</sup> In dem von der Schweiz übernommenen deutschen System kommt die Pflege überhaupt nicht vor. Das soll in der schweizerischen Version anders werden, aber es besteht völlige Unklarheit darüber, wie das geschehen soll. Und so gibt es zwar eine Diskussion über Forschungspläne zur Beseitigung dieses Defizits. Aber zum eigentlichen Thema wurde bisher kaum vorgedrungen. Zwar hat der Steuerungsausschuss Projekt SwissDRG grundsätzlich zugestimmt, dass Pflegeleistungen «mit einem geeigneten Instrument leistungs- und fallbezogen erfasst» werden

---

<sup>7</sup> Vgl. Wolfram Fischer, Von APDRG-CH zu G-DRG/SwissDRG. Ein Blick auf das «familiäre Umfeld und auf einige Unterschiede, in: SMI 63 (März 2008).

<sup>8</sup> Arbeitsgruppe DRG und Pflege, Schlussbericht Forschungsplan DRG und Pflege zu Handen der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und -leiter SVPL und des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, o.O. und o.J., 3.

sollen.<sup>9</sup> Aber: «Das Ziel, eine statistische Homogenität der Pflegekosten in jeder SwissDRG-Fallgruppe zu erreichen, erfordert gemäss SwissDRG *selbstverständlich eine Vorstudie und stellt danach ein langfristiges Entwicklungsprojekt dar*. Die Zielerreichung wird im zeitlichen Rahmen der im Projekt SwissDRG durchzuführenden Arbeiten als nicht realistisch eingeschätzt.»<sup>10</sup> Gefragt ist allerdings nicht nur die Geduld der Pflegefachleute, sondern auch ihr Engagement. Sie – resp. die «Berufsgruppe Pflege» müssen entsprechende Studien selbst initiieren und dem späteren SwissDRG Case Mix Office (CMO) zum Entscheid für einen Systemeinsatz vorlegen. Diese Formulierung aus dem Schlussbericht der Arbeitsgruppe lässt viele Vermutungen zu. Sicher ist bisher wohl, das nichts sicher ist. Die Arbeitsgruppe jedenfalls wurde – ohne dass sie ihren eigentlichen Arbeitsauftrag, einen konkreten Forschungsplan zu entwickeln, erfüllt hätte – im Februar 2007 aufgelöst.

Der SBK hat sich immer wieder in die DRG-Debatten eingeschaltet. In seinem Positionspapier zu DRG kommt der Berufsverband – mit den Worten des Leiters Bereich Pflegequalität – zum Ergebnis, «dass aufgrund der bekannten Streuungen im Pflegeaufwand und weil Pflegeleistungsdaten von guter Qualität zur Verfügung stehen, die Anwendung tagesgleicher Pflegeansätze in einem Fallpauschalensystem abzulehnen ist. Vielmehr sollten die Kostengewichte der Pflege pro DRG errechnet und auf Homogenität und Kostenrelevanz überprüft werden. [...] Ein nachvollziehbarer Leistungsbezug der Ansätze, klare Regelungen für Ausreisser, angemessene Abgeltung der Intensivpflege, Berücksichtigung der Behandlungsqualität und gute Handhabbarkeit (Dokumentationsaufwand) waren zusammenfassend die Erwartungen des SBK.»<sup>11</sup>

Die politisch und institutionell schlechte Positionierung der Pflege sowie der Zeitdruck, unter dem sie steht, sind für eine differenzierte Betrachtung ihrer Perspektiven im DRG-Zeitalter kaum förderlich. Zwar gibt es diverse Versuche, um die Besonderheiten der Pflege mit dem DRG-System kompatibel zu machen. Eine kritische Reflexion darüber, welchem Herrn die Pflege hier ihre Dienste anbietet, fehlt bisher jedoch vollständig. Dabei sollte bereits die Zielsetzung von SwissDRG eine Pflege, die sich ihrem Selbstverständnis verpflichtet weiss, aufhorchen lassen. Ich zitiere nur einen einzigen Punkt: «Fallpauschalen helfen dem medizinischen Fachpersonal, seine Arbeit einheitlich und effizient zu erledigen.»<sup>12</sup> Einmal unterstellt, dass die Pflege zum «medizinischen Fachpersonal» gerechnet wird, stellt sich die Frage, was denn mit der Rede von der *einheitlichen Arbeit* gemeint sein soll. Natürlich müssen DRG-Klassifikationen eine solche Einheitlichkeit unterstellen, denn damit steht und fällt das gesamte System. Wie homogen ist aber eigentlich Pflege sowohl in klinischer als auch in ökonomischer Hinsicht?

Ohne auf die Details eingehen zu können, besteht heute kein Zweifel an der relativen Unabhängigkeit zwischen medizinischer Diagnose und Pflegebedürftigkeit. D.h. die Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit lässt sich der ärztlichen Diagnose gar nicht entnehmen. Problematisch wird diese Diskrepanz, weil das DRG-System die Finanzierung an eben jene ärztliche Diagnose koppelt. Fähigkeitsbeeinträchtigungen der Patientin oder des Patienten,

---

<sup>9</sup> Ebd.

<sup>10</sup> Arbeitsgruppe DRG und Pflege, Schlussbericht, a. a. O., 4

<sup>11</sup> Lucien Portenier, DRGS in der Schweiz, in: Die Schwester Der Pfleger 48/2009, 60–62 (60f.).

<sup>12</sup> [http://www.swissdr.org/de/07\\_casemix\\_office/Ziele.asp?navid=12](http://www.swissdr.org/de/07_casemix_office/Ziele.asp?navid=12).

die mit dem Pflegeaufwand eng korrelieren, werden von den DRGs dagegen bisher nicht erfasst. So bemerkt der Bericht der Arbeitsgruppe DRG und Pflege: «In einzelnen DRGs mit stark von der medizinischen Diagnose abhängigem Pflegebedarf hängt der Pflegeaufwand von der ärztlichen Therapie ab und kann über diese gut begründet werden. Die gelingt weniger bei den unabhängig von medizinischen Codes erbrachten Leistungen, also beispielsweise beim Vorliegen einer, von der ärztlichen Hauptdiagnose unabhängigen Pflegebedürftigkeit.»<sup>13</sup>

Abgesehen von diesen konzeptionellen und methodischen Schwierigkeiten stellt sich die Frage nach den praktischen Konsequenzen der Einführung des DRG-Systems für die Pflege. Die verkürzte Verweildauer im Spital, verbunden mit einem Abbau von Bettenkapazitäten führte in Deutschland konsequenterweise zu einer «Maximierung der stationären Kapazitätsauslastung». «Der Abbau von Strukturen im stationären Bereich hatte in Deutschland eine Reduktion des Stellenetats zur Folge. Dies stellt eine besondere Problematik dar, da die Absenkung der mittleren Verweildauer bei höheren Fallzahlen nicht in jedem Fall zu einer Verminderung des Pflegeaufwands führt. Im Gegenteil, immer kürzere Verweildauern können den Pflegeaufwand deutlich erhöhen, weil erfahrungsgemäss die ersten Behandlungstage auch mit einer intensiven pflegerischen Leistung einhergehen.»<sup>14</sup> Die Einführung des DRG-Systems hatte also einschneidende Wirkungen für die Pflege: Die Zahl der Pflegenden nahm – im Gegensatz zur Stellenentwicklung bei den Ärztinnen und Ärzten sowie in der Administration – kontinuierlich ab. Ebenso ging der Anteil direkter PatientInnenarbeit an den pflegerischen Tätigkeiten immer weiter zurück. Möglich war diese paradoxe Entwicklung, weil die Pflege als eigenständiger Bereich der Spitalversorgung gar nicht vorkommt und insofern auch nicht Gegenstand differenzierter Evaluation werden konnte.

Im Rahmen einer Längs- und Querschnittsstudie «Wandel in Medizin und Pflege im DRG-System» (WAMP) vom Wissenschaftszentrum Berlin und der Universität Bremen wurden auch die Konsequenzen aus der Einführung von DRGs für die Pflege untersucht. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass ärztliche und pflegerische Entscheidungen *de facto* von ökonomischen Rentabilitätsüberlegungen motiviert, aber gegenüber den Patientinnen und Patienten in der Regel als medizinische Notwendigkeit ausgegeben werden. Im Hinblick auf die Pflege kommt – eine Interview basierte – Teilstudie zu dem Ergebnis: «Folgt man den Ausführungen unserer Interviewpartner, müssen in der Tat zunehmend Abstriche bei patientenorientierten, ganzheitlichen Behandlungskonzepten gemacht werden. Indizien hierfür sind die mangelnde Berücksichtigung psychosozialer Belange der Patienten, die Vernachlässigung von Nebenerkrankungen, die Fragmentierung von Behandlungen sowie die Verkürzung der Liegezeiten und die damit verbundene Verlagerung von Behandlungen vom stationären in den nachstationären Bereich.»<sup>15</sup> Die Studie stellt ausserdem fest: «Der Pflegebereich ist in allen von uns untersuchten Krankenhäusern besonders stark von Personalabbau und Arbeitsintensivierung betroffen, was nach übereinstimmender Meinung der Befragten ebenfalls

---

<sup>13</sup> Arbeitsgruppe Pflege und DRG, Schlussbericht, a. a. O., 16.

<sup>14</sup> Pflegerischer Beirat des Kantons St. Gallen, Wie bereitet sich die Pflege auf DRG vor?, St. Gallen 2007, 7.

<sup>15</sup> Petra Buhr / Sebastian Klinke, Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern. ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006, Bremen 2006, 18.

durch die DRG-Einführung verstärkt wird. Beide Entwicklungen wirken sich nicht nur auf die Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten aus, sondern gehen auch zu Lasten der Versorgungsqualität. Wenngleich die Anzeichen für ‹gefährliche Pflege› bislang eher gering sind, ist nicht ausgeschlossen, dass durch Überlastung oder durch Kommunikationsdefizite Fehler bei der Versorgung von Patienten passieren». <sup>16</sup>

## V. Was nun?

Vor allem die Gesundheitssysteme reicher Länder können sich den Luxus leisten, die anderswo gemachten Fehler selbst noch einmal auszuprobieren. Die Würfel für diese Exkursion sind politisch längst gefallen. Die Realität wird zeigen, ob DRGs tatsächlich ‹lernfähige Systeme› darstellen, wie ihre Befürworterinnen und Befürworter gegen jede aufkommende Kritik nicht müde werden, zu betonen. Aus der eigenen Schulzeit weiss jede und jeder zu Genüge, dass dasjenige, was gelernt wird, davon abhängt, mit welcher Absicht und wie es gelehrt wird. Insofern enthält der Hinweis auf die Lernfähigkeit noch keine Bestimmung der angestrebten Lernziele. Allein die Konstituierung der für die Schweiz zuständigen Institution SwissDRG macht wenig Hoffnung darauf, dass das System bereit und fähig ist, von der Pflege zu lernen. Allerdings ist mir in der Vorbereitung die Position des SBK auch nicht recht klar geworden. Worum geht es dem Berufsverband? Soll die eigene Klientel möglichst gut in dem neuen System positioniert werden und wird deshalb auf eine grundsätzliche kritische Analyse des Systems verzichtet? Oder wurde die Interessenvertretung der Pflegenden von der Entwicklung überrascht, sodass sie aus ihrer reaktiven Position bisher nicht herausgekommen ist? Oder sind die Zielperspektiven unter den Pflegenden selbst so kontrovers, dass sie sich politisch neutralisieren oder lähmen? Ich bin nicht in die politische Diskussion involviert und kann daher dazu nichts sagen.

Die von verschiedener Seite angemahnte oder bereits in der Konzeptionsphase befindliche Begleitforschung muss m.E. aufmerksam und kritisch verfolgt werden. Dabei wird im Rahmen der ethischen Arbeiten ein besonderes Augenmerk darauf zu richten sein, ob dort kritische Analysen erstellt werden oder ob es mehr oder weniger um eine Art Legitimationsdiskurs geht. Unabhängig davon stellt sich die Frage, wie das professionelle Selbstverständnis der Pflegenden, also auch ihr Berufsethos, mit dem DRG-System zusammengehen kann. Auf den ersten Blick erscheint das unspektakulär, geht es doch in einem Fall um Finanzen, im anderen Fall um gutes und gerechtes Handeln.

Allerdings ist auch das DRG-System mit dem Handeln im Spital verbunden. Nicht nur, weil schliesslich Behandlungen – in welcher Form auch immer – vergütet werden, sondern auch weil mit dem Tarifsysteem selbst bestimmte Handlungsanforderungen verbunden sind. Das DRG-System formuliert sozusagen seinen eigenen ökonomischen Imperativ. Er lautet etwa so: ‹Handle so, dass du in der Summe deiner Tätigkeiten die Fallpauschale möglichst häufig unterbietest und möglichst niemals überschreitest.› Zwar werden mit diesem Handlungsprinzip nicht die ethischen Grundsätze in Pflege und Medizin bestritten – jedenfalls nicht prinzipiell.

---

<sup>16</sup> Buhr / Klinke, Versorgungsqualität, a. a. O., 32.

Aber die berufsethischen Normen stehen in einem bestimmten Verhältnis zu dem ‹ökonomischen Imperativ›: erstere gelten so lange uneingeschränkt, wie sie mit letzterem nicht kollidieren. Auch dafür gibt es eine Faustregel: ‹Folge deinem Berufsethos so lange, wie es der ökonomischen Forderung nach Fallkostenkonformität nicht widerspricht.› Diese Regel enthält einen eleganten Konfliktlösungsmechanismus. Er besteht darin, eine Rangfolge zu definieren, die immer dann ins Spiel kommt, wenn die Gefahr einer Kollision droht. Im Konfliktfall gilt: Das ökonomische Prinzip erhält Vorrang. In solchen Situationen prallen ethische Forderungen völlig unbeeindruckend an den ‹ökonomischen Notwendigkeiten› ab. Ethische Überlegungen können somit kein kritisches Korrektiv für ein Handeln gemäss der ökonomischen Forderung nach Fallkostenkonformität bilden. Die ökonomische Norm entzieht sich durch Überordnung dieser Auseinandersetzung. Ethische Normen spielen nur noch die Rolle einer sanft plätschernden ökonomischen Begleitmusik.

Ich verweise nur noch auf einen weiteren Aspekt. Aus ethischer Perspektive muss es verwundern, dass bisher die Frage nach der Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung unter DRG-Bedingungen noch gar nicht gestellt wurde. Das ist umso bemerkenswerter, als die Kommunikation klammheimlich und in beunruhigender Übereinstimmung längst vom Begriff der Verteilungs- und Bedarfsgerechtigkeit auf den schwammigen und äusserst ambivalenten Begriff der Leistungsgerechtigkeit umgestellt hat. Dem Paradigmenwechsel auf der Vergütungsebene entspricht vor diesem Hintergrund ein Paradigmenwechsel in der Zielbestimmung von Sozial- und Gesundheitspolitik. Zu den Fundamenten der abendländischen Vorstellungen von Recht und Gerechtigkeit gehört die Vorstellung, dass *Gleiches gleich, Ungleiches ungleich* behandelt oder verteilt werden soll. Dieser Satz des antiken griechischen Philosophen Aristoteles, den der römische Rechtsgelehrte Ulpian später populär machte, bildet die Grundlage für die Organisation unserer kollektiven Gesundheitsversorgung nach dem Bedarfsprinzip. Nicht jede und jeder erhält gleich viel, sondern wer weniger benötigt, erhält weniger, wer mehr braucht, erhält mehr. Mit diesem Verteilungsgrundsatz soll jetzt in gewisser Weise Schluss sein, weil aus der DRG-Optik jeder Fall einer Klasse völlig gleich ist. Zwar wird damit nicht behauptet, alle Menschen wären gleich. Vielmehr sind die Unterschiede zwischen den Menschen für die Fall-Fokussierung des DRG-Systems völlig irrelevant. Anders gesagt, die Pointe des Systems besteht darin, dass es sich blind macht gegenüber dem einzelnen Menschen in seiner je spezifischen Situation, indem es nur einzelne Aspekte des kranken Menschen herausnimmt und daraus den – für das System allein relevanten – Fall konstruiert. Kurz: DRGs ‹kennen› keine Menschen, sondern nur Fälle.

Dieser Reduktionismus und die prekäre Banalisierung der (bisher) für unsere Sozialsysteme tragenden Gerechtigkeitsvorstellungen wurden bisher kaum zur Kenntnis genommen. Umso wichtiger wäre es, dass sich die Pflege dieses Themas annimmt, nicht zuletzt auch deshalb, weil mit der Verteidigung solcher Gerechtigkeitsstandards ihr eigenes Selbstverständnis steht und fällt. Ansonsten besteht die reale Gefahr, dass DRG noch als Kürzel für eine andere Entwicklung Furore macht: die *Drastische Rationierung* von Gesundheitsleistungen.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Diese Formulierung stammt vom 104. Deutscher Ärztetag am 25.05.2001.