

Agnes Leu

Einfluss der SwissDRG auf die vulnerablen Patientengruppen in der Schweiz

Agnes Leu

Einfluss der SwissDRG auf die vulnerablen Patientengruppen in der Schweiz

Ethische Kriterien und rechtliches Korrelat

DE GRUYTER

Autor

Dr. iur. Agnes Leu
Grütstraße 8, 8625 Gossau/Schweiz
E-Mail: agnes.leu@careum.ch

ISBN 978-3-11-041591-9
e-ISBN (PDF) 978-3-11-041594-0
e-ISBN (EPUB) 978-3-11-041598-8

Das Buch enthält 7 Tabellen.

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A CIP catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abdruckten. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe der Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

© 2015 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston
Umschlagabbildung: © nanuvision – Fotolia.com
Satz: le-tex publishing services GmbH, Leipzig
Druck und Bindung: Hubert & Co. GmbH Co. KG, Göttingen
☺ Gedruckt auf säurefreiem Papier
Printed in Germany

www.degruyter.com

Geleitwort

Umstellungen im Vergütungssystem wirken sich in der Regel erheblich auf die medizinische Versorgung aus. Dies trifft in besonderer Weise auf die Einführung eines pauschalierenden Tarifsystems wie der Diagnosis Related Groups (DRGs) zu, erhöht sie doch den Druck auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Dies gehört ohne Zweifel zu den erwünschten Effekten eines jeden DRGs-Systems, bietet es doch die Möglichkeit, den Anstieg der Ausgaben für die stationäre Versorgung zumindest etwas zu bremsen. Allerdings kann der zunehmende ökonomische Druck auch dazu führen, dass die Versorgungsqualität in weniger rentablen Bereichen sinkt, während es bei profitablen DRGs zu medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitungen kommt. Dies berührt nicht nur ökonomische, sondern auch ethische Fragen, da das Wohlergehen der Patienten und die Versorgungsgerechtigkeit betroffen sind.

Es erscheint folglich dringend geboten, die Folgen der Einführung eines DRG-basierten Vergütungssystems begleitend zu untersuchen, um unerwünschten Entwicklungen frühzeitig gegensteuern zu können. Genau hier setzt die Arbeit von Agnes Leu an: Auf der Grundlage einer klar definierten ethischen Kriteiologie beurteilt sie die Auswirkungen der SwissDRG, insbesondere auf vulnerable Patientengruppen. Der Blick nach Deutschland, wo seit 2004 Erfahrungen mit dem G-DRG-System vorliegen, erlaubt dabei eine evidenzbasierte, antizipierende Folgenabschätzung: Die Aufmerksamkeit kann frühzeitig auf mögliche ethisch problematische Auswirkungen der SwissDRG gerichtet werden.

Es gehört zu den herausragenden Merkmalen der Arbeit von Agnes Leu, dass sie nicht bei der ethischen Analyse der Swiss-DRGs stehen bleibt, sondern konkrete Perspektiven für die Umsetzung der ethischen Anforderungen an das Tarifsysteem entwickelt. Hier ist das Rechtssystem gefragt, das die praktisch wirksamen normativen Regeln für die medizinische Versorgung definiert. Ausgehend vom Status quo der rechtlichen Schutzbestimmungen entwickelt Agnes Leu eine Vielzahl konkreter Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems. Bleibt zu hoffen, dass diese empirisch wie normativ gleichermaßen hervorragend fundierte Analyse auch von denjenigen Personen reichhaltig rezipiert wird, die Verantwortung für die Gestaltung der medizinisch-pflegerischen Versorgung in der Schweiz tragen im Interesse der Patientinnen und Patienten!

München, im März 2015

Georg Marckmann

Vorwort und Dank

Rechtliche und ethische Fragen in Zusammenhang mit der Einführung der neuen Tarifstruktur SwissDRG in der Schweiz wurden bis anhin nur in begrenztem Umfang untersucht und rechtliche sowie ethische Analysen dazu fehlen nahezu gänzlich. Das Ziel der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit ist eine Differenzierung der in ethischer und rechtstechnischer Hinsicht hoch komplexen Materie der Spitalfinanzierung in der Weise, dass zu sehr konkreten Fragestellungen, die in der Praxis von großer Bedeutung sein werden, Stellung genommen werden kann. Eine in Ansätzen vergleichbare Abhandlung existiert in der Schweiz zum heutigen Zeitpunkt nicht, weshalb ich mit dem Buch *Einfluss der SwissDRG auf die vulnerablen Patientengruppen in der Schweiz: ethische Kriterien und rechtliches Korrelat* versuche, diese Lücke zu schließen. Das Buch soll zudem ein Brückenschlag sein zwischen Recht und Ethik oder zwischen ethischer Reflexion und Rechtssystem, was wiederum eine Brücke schlägt zwischen der philosophischen Reflexion und der Gestaltung der Gesundheitsversorgung in der Schweiz. Die sehr aktuelle und praktische Ausrichtung der Publikation wird durch die Aufnahme konkreter Handlungsempfehlungen am Ende noch verstärkt. Die Monographie soll möglichst auf allen Ebenen der Rechtssetzung und Rechtsanwendung den Diskurs beeinflussen.

Die bis im November 2014 publizierte Literatur und Praxis wurde in die Druckfassung eingearbeitet.

Verschiedene Personen haben maßgeblich zu dieser Arbeit beigetragen: Frau Prof. Dr. med. Bernice Elger und Herr Prof. Dr. iur. Thomas Gächter haben mir ermöglicht, im Rahmen der Begleitforschung DRG Schweiz wertvolle interdisziplinäre Forschungserfahrung zu sammeln, die in dieses Buch und weitere wissenschaftliche Publikationen eingeflossen sind. Beide haben die vorliegende Arbeit von Anfang an umsichtig und wohlwollend gefördert und betreut. Herr Prof. Dr. med. Georg Marckmann hat mich inspiriert, unterstützt und mir ermöglicht, mehrere Monate an der Ludwig-Maximilian-Universität in München weitere Forschungserfahrung im internationalen Kontext zu sammeln sowie die Auswirkungen der Einführung von G-DRG in Deutschland zu analysieren und in einem wissenschaftlich hochstehenden Umfeld zu diskutieren. Frau Dr. Corinna Jung, Frau Christine Marhold, Herr Dr. Andreas Gattiker, Herr Dr. Daniel Grob und Herr Jörg Kündig haben mit ihren fachlichen Inputs ebenfalls zum guten Gelingen des Werkes beigetragen. Finanziell unterstützt wurde die Publikation mit einem Beitrag des Schweizerischen Nationalfonds, durch Fördergelder der Max Geldner-Stiftung sowie über den Forschungsfonds der Universität Basel. In diesem Zusammenhang danke ich Prof. Dr. iur. Markus Schefer und Frau Agnes Hess für ihre geschätzte Unterstützung und das in mich gesetzte Vertrauen. Die Betreuung durch den De Gruyter Verlag (Frau Simone Witzel, Frau Britta Nagl und Frau Kathleen Prüfer) war speditiv, professionell und äußerst angenehm.

Allen genannten Personen und Institutionen sei an dieser Stelle von Herzen gedankt. Die wichtigste Hilfe war jedoch meine Familie, die mich von Anfang an in meinen Plänen unterstützt hat. Für ihre Geduld, ihr großes Vertrauen in das Gelingen des Vorhabens sowie alle weiteren Hilfestellungen gebührt ihr der größte Dank.

Zürich, im Mai 2015

Agnes Leu

Inhalt

Geleitwort — V

Vorwort und Dank — VII

Teil 1: Veränderungen in der Spitallandschaft Schweiz seit 1994

- 1 Das methodische Vorgehen im Überblick — 3**
- 2 Die Einführung von SwissDRG in der Schweiz — 5**
 - 2.1 SwissDRG als Adaption von G-DRG — 5
 - 2.2 Fallpauschale als Instrument zur Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen — 5
 - 2.3 Keine isolierte Betrachtung der Einführung von SwissDRG — 6
- 3 Die Rechtslage gemäss KVG 1994 und KVG 2007 — 7**
 - 3.1 Die Rechtslage gemäss KVG 1994 — 7
 - 3.1.1 Staatliche Leistungsregulierung mittels Spitalplanung — 7
 - 3.1.2 Vertragliche Aushandlung der Tarife — 7
 - 3.1.3 Spitalfinanzierung — 8
 - 3.1.4 Spitalwahl — 8
 - 3.2 Die Rechtslage gemäss KVG 2007 — 9
 - 3.2.1 Leistungsorientierte Spitalplanung: bedeutende Neuerungen — 9
 - 3.2.2 Spitaltarife und Tarifstruktur — 11
 - 3.2.3 Spitalfinanzierung — 14
 - 3.2.4 Spitalwahl — 15
 - 3.2.5 Aufnahmepflicht — 15
 - 3.2.6 Übergangsbestimmungen — 17
 - 3.3 Überblick der Veränderungen in der Spitallandschaft 1994–2007 — 18
 - 3.4 Abschließende Gedanken — 18

Teil 2: Ethische Krieriologie und rechtliches Korrelat für die Bewertung der Auswirkungen von SwissDRG

- 4 Beschreibung der normativen Grundlagen und der normativen Matrix — 23**
 - 4.1 Normative Grundlagen — 23
 - 4.2 Normative Matrix — 23

4.3	Arbeitsschritte im Rahmen der ethischen Bewertung —	23
4.4	Hintergründe und Ziele der Einführung von SwissDRG (Beschreibung) —	25
4.5	Identifikation von ethischen Implikationen mit der Einführung von SwissDRG (Spezifizierung) —	26
4.6	Qualität der Patientenversorgung —	26
4.6.1	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch raschere Patientenverlegung stationär-ambulant? —	26
4.6.2	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch weniger gut ausgebildetes Personal? —	27
4.6.3	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch Verdichtung der Arbeitszeit? —	28
4.7	Gerechtigkeit —	28
4.7.1	Zugangsgerechtigkeit: Nichtdiskriminierender Zugang zur Gesundheitsversorgung —	28
4.7.2	Verteilungsgerechtigkeit: Faire Allokation von Gesundheitsleistungen —	29
4.7.3	Rationierung versus Rationalisierung von Gesundheitsleistungen —	29
4.7.4	Transparenz —	30
4.7.5	Legitimität —	31
4.7.6	Risikoselektion durch Datenerhebung —	31
4.8	Effizienz/Wirtschaftlichkeit —	32
4.8.1	Mengenausweitung —	32
4.8.2	Minderversorgung —	32
4.8.3	Erlösmaximierung —	33
5	Die Auswirkungen der Einführung von G-DRG in Deutschland —	34
5.1	Einleitung —	34
5.2	Unterschiede in den Krankenhausfinanzierungssystemen —	35
5.3	Mehr Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem —	36
5.4	Entwicklungen in der deutschen Krankenhauslandschaft —	37
5.5	Auswirkungen von G-DRG auf die Qualität der Patientenversorgung —	38
5.5.1	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch raschere Verlegung stationär – ambulant? —	38
5.5.2	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch Veränderungen in der Pflege? —	39
5.5.3	Verschlechterung der Versorgungsqualität durch Fragmentierung der Behandlung? —	40
5.6	Gerechtigkeit —	41
5.6.1	Zugangsgerechtigkeit: Nichtdiskriminierender Zugang zur Gesundheitsversorgung —	41

- 5.6.2 Verteilungsgerechtigkeit: Faire Allokation von Gesundheitsleistungen — **42**
- 5.6.3 Transparenz — **43**
- 5.6.4 Legitimität — **44**
- 5.7 Effizienz/Wirtschaftlichkeit — **45**
- 5.7.1 Mengenausweitung — **45**
- 5.7.2 Minderversorgung — **46**
- 5.7.3 Erlösmaximierung — **46**
- 5.8 Fazit — **48**

- 6 Chancen und Risiken der Einführung von SwissDRG — 50**
- 6.1 Einleitung — **50**
- 6.2 Vulnerable Patienten aus Sicht der Spitalexperten — **51**
- 6.3 Qualität der Patientenversorgung — **51**
- 6.3.1 Strukturqualität — **52**
- 6.3.2 Prozessqualität — **52**
- 6.3.3 Ergebnisqualität — **54**
- 6.3.4 Anreize durch die Anwendung von SwissDRG mit Blick auf die Patientenversorgung — **56**
- 6.3.5 Verhinderung von Komplikationen – Erhöhung der Qualität in der Patientenversorgung — **56**
- 6.3.6 Fokus auf eine Behandlung – Verlust der ganzheitlichen Betrachtung — **56**
- 6.3.7 Raschere Diagnosestellung – Effizienzgewinn — **57**
- 6.3.8 Fazit — **57**
- 6.4 Gerechtigkeit — **58**
- 6.4.1 Zugangsgerechtigkeit: Nichtdiskriminierender Zugang zur Gesundheitsversorgung [234] — **58**
- 6.4.2 Verteilungsgerechtigkeit: Faire Allokation der Gesundheitsleistungen — **59**
- 6.4.3 Rationierung versus Rationalisierung — **60**
- 6.4.4 Explizite und implizite Rationierung — **60**
- 6.4.5 Rationierung über Einsparungen beim nicht-universitären Spitalpersonal — **60**
- 6.4.6 Rationierung über den Preis — **62**
- 6.4.7 Rationierung infolge inadäquater Abbildung der tatsächlichen Behandlungskosten — **62**
- 6.4.8 Rationierung über Patientenverlegungen — **62**
- 6.4.9 Rationierung und Verantwortlichkeiten — **63**
- 6.4.10 Transparenz — **64**
- 6.4.11 Legitimität — **68**

- 6.4.12 Vermehrte Risikoselektion durch gezielte Datenerhebung der Krankenversicherung — **68**
- 6.4.13 Fazit — **70**
- 6.5 Effizienz/Wirtschaftlichkeit — **70**
- 6.5.1 Mengenausweitung — **70**
- 6.5.2 Minderversorgung — **71**
- 6.5.3 Erlösmaximierung — **72**
- 6.5.4 Fazit — **73**

- 7 Schutzbestimmungen — 74**
- 7.1 Einleitende Gedanken — **74**
- 7.2 Schutzbestimmungen mit Blick auf SwissDRG — **74**
- 7.3 Schutzbestimmungen „Qualität der Patientenversorgung“ — **75**
- 7.3.1 Aufgaben und Kompetenzen der Akteure im Qualitätsumfeld — **75**
- 7.3.2 Angemessenes Qualitätssicherungssystem (Art. 58 KVG i. V. m. Art. 77 KVV) — **75**
- 7.3.3 Mindestfallzahlen (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV) — **76**
- 7.3.4 Sanktionen bei fehlenden qualitätssichernden Massnahmen — **78**
- 7.3.5 Akut- und Übergangspflege (Art. 25a Abs. 2 KVG) — **78**
- 7.3.6 Transparenz (Art. 49 Abs. 8 KVG) — **80**
- 7.3.7 Fachpersonal (Art. 39 Abs. 1 lit. b KVG) — **81**
- 7.3.8 Praxisorientierte Schutzbestimmung: Kontrollwirkung der zuweisenden Hausärzte — **84**
- 7.3.9 Fazit — **85**
- 7.4 Schutzbestimmungen hinsichtlich der „Gerechtigkeit“ der Versorgung — **85**
- 7.4.1 Aufnahmepflicht (Art. 41a Abs. 1 KVG) — **85**
- 7.4.2 Zugang zur Behandlung (Art. 58b Abs. 4 lit. b KVV) — **86**
- 7.4.3 Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung (Art. 59d Abs. 1 KVV) — **86**
- 7.4.4 Schutz der Patientendaten (Art. 42 Abs. 3^{bis} KVG i. V. m. Art. 59 KVV) — **87**
- 7.4.5 Transparenz — **88**
- 7.4.6 Legitimität — **89**
- 7.4.7 Fazit — **90**
- 7.5 Schutzbestimmungen zur Sicherung der „Effizienz/Wirtschaftlichkeit“ — **92**
- 7.5.1 Kodierrevision (Art. 59d Abs. 2 KVV) — **92**
- 7.5.2 Zertifizierungen — **92**
- 7.5.3 Fazit — **93**
- 7.6 Übersicht Ziele, Umsetzung und massgebliche Schutzbestimmungen — **93**

Teil 3: Handlungsempfehlungen

- 8 Handlungsempfehlungen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene — 97**
- 8.1 Die zwei Seiten der Medaille — **97**
- 8.2 Handlungsempfehlungen auf der Makroebene — **100**
- 8.3 Konkrete Herausforderungen und gezielte Handlungsempfehlungen — **101**
- 8.3.1 Herausforderung: Strukturelle Unzulänglichkeiten und Mehrfachrolle der Kantone — **101**
- 8.3.2 Handlungsempfehlung 1a: Monistische Leistungsfinanzierung — **103**
- 8.3.3 Handlungsempfehlung 1b: Rückzug der Kantone als Spitaleigentümer — **104**
- 8.3.4 Herausforderung: Unterschiedliche Abgeltungsart der erbrachten Leistungen beeinflusst die Wahl der Therapieform — **107**
- 8.3.5 Handlungsempfehlung 2: Einheitliches Abgeltungssystem für stationär, spitalambulant und ambulant erbrachte Leistungen — **107**
- 8.3.6 Handlungsempfehlung 3: Sektor übergreifende Versorgungsformen stärker fördern — **107**
- 8.3.7 Herausforderung: Umsetzung der neuen gesetzlichen Regelungen, insbesondere AüP — **109**
- 8.3.8 Handlungsempfehlung 4: Weiterentwicklung der gesetzlichen Schutzbestimmung AüP — **109**
- 8.3.9 Handlungsempfehlung 5: Patienten- und nutzerorientierte Versorgungsforschung — **110**
- 8.3.10 Herausforderung: Anlagenutzungskosten als Teil der Fallpauschale — **110**
- 8.3.11 Handlungsempfehlung 6: Rasche Verbesserung der Datenqualität — **112**
- 8.3.12 Herausforderung: Neutraler Betriebskostenvergleich — **113**
- 8.3.13 Handlungsempfehlung 7: Korrekturzuschlag vor dem Benchmarking — **115**
- 8.3.14 Handlungsempfehlung 8: Strukturelle Anpassung (a) und einheitliches Abgeltungsmodell (b) — **116**
- 8.3.15 Herausforderung: Identifikation vulnerabler Patientengruppen in sämtlichen Versorgungssettings — **118**
- 8.3.16 Handlungsempfehlung 9: Verbesserung der Datenlage — **118**
- 8.3.17 Herausforderung: Umgang mit Mehrkosten von Spitälern mit Notfallaufnahme — **118**
- 8.3.18 Handlungsempfehlung 10: Weiterentwicklung der Tarifstruktur — **120**
- 8.3.19 Herausforderung: Planungskoordination der Kantone — **122**
- 8.3.20 Handlungsempfehlung 11: Erlass einer KVG-Bestimmung zwecks Durchsetzung der Koordinationspflicht — **122**

- 8.3.21 Herausforderung: Qualitätsmessungen unter Berücksichtigung der gesamten Versorgungskette — **123**
- 8.3.22 Handlungsempfehlung 12: Verbesserung der Datenlage — **123**
- 8.3.23 Herausforderung: Einführung der Fallpauschale in der stationären Psychiatrie — **124**
- 8.3.24 Handlungsempfehlung 13: Ergänzung des Basispreises durch aufwandabhängige Zuschläge — **124**
- 8.3.25 Herausforderung: Qualitätssicherung in der Patientenversorgung — **125**
- 8.3.26 Handlungsempfehlung 14: Einführung der Indikationsqualität als Teil der Qualitätsmessungen — **125**
- 8.4 Handlungsempfehlungen auf der Mesoebene — **126**
- 8.4.1 Einleitung — **126**
- 8.4.2 Herausforderung: Ungenügend differenzierte Tarifstruktur — **126**
- 8.4.3 Handlungsempfehlung 15: Lösungsfindung als zwingendes Kriterium zur Annahme der SwissDRG Tarifstruktur-Version 5.0 — **128**
- 8.4.4 Handlungsempfehlung 16: Sicherstellung der Kodierqualität — **129**
- 8.4.5 Herausforderung: Vergütung von Wartepatienten — **129**
- 8.4.6 Handlungsempfehlung 17: Anpassung der Wartepatientenregelung — **131**
- 8.4.7 Herausforderung: Patienten mit Migrationshintergrund — **131**
- 8.4.8 Handlungsempfehlung 18: Zertifizierung MFH — **131**
- 8.4.9 Handlungsempfehlung 19: Leitbilder und interne Standards — **131**
- 8.5 Handlungsempfehlungen auf der Mikroebene — **132**
- 8.5.1 Einleitung — **132**
- 8.5.2 Herausforderung: Entscheidungskonflikte zwischen ärztlichen und wirtschaftlichen Zielsetzungen — **132**
- 8.5.3 Handlungsempfehlung 20: Abschlüsse, 18-Tage-Regelung und Leitlinien — **133**
- 8.5.4 Herausforderung: Informierte, aktive Patienten und Angehörige — **134**
- 8.5.5 Handlungsempfehlung 21: Einbindung von Patienten und Angehörigen als Partner — **134**
- 8.5.6 Handlungsempfehlung 22: Berufsübergreifendes Arbeiten — **134**
- 8.6 Übersicht konkrete Herausforderungen nach Einführung von SwissDRG und entsprechende Handlungsempfehlungen — **135**

9 **SwissDRG, quo vadis?** — **137**

Literaturverzeichnis — **139**

Ausgewählte Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen (KVG, KVV, VKL) — **165**

Stichwortverzeichnis — **177**

**Teil 1: Veränderungen in der Spitallandschaft
Schweiz seit 1994**

1 Das methodische Vorgehen im Überblick

Rechtliche und ethische Fragen in Zusammenhang mit der Einführung der neuen Tarifstruktur SwissDRG in der Schweiz wurden bis anhin nur in begrenztem Umfang untersucht und rechtliche sowie ethische Analysen dazu fehlen nahezu gänzlich.

Die vorliegende Arbeit befasst sich in einem ersten Teil mit den Veränderungen in der schweizerischen Spitallandschaft seit 1994 unter Berücksichtigung der aktuellsten Revision des Krankenversicherungsrechts im Jahr 2007 einschliesslich der Einführung des neuen pauschalisierten Tarifsystems SwissDRG für akutstationäre Spitalleistungen in der Schweiz im Jahr 2012 (Kapitel 3). Da SwissDRG als ein wichtiger Bestandteil der neuen Spitalfinanzierung Auswirkungen auf besonders verletzbare Patientengruppen haben kann, untersucht der zweite Teil die Auswirkungen von SwissDRG auf diese Patientengruppen und zeigt Chancen und Risiken des neuen Tarifsystems sowie massgebliche Schutzbestimmungen in Form einer ethisch-rechtlichen Kriterienlogik-Matrix auf (Kapitel 4 und 6).

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich nicht auf die Analyse und die Beschreibung ethischer und rechtlicher Entwicklungen, die mit der Einführung des neuen Tarifsystems SwissDRG in der Schweiz verbunden sind, sondern soll auch zu einer normativen Orientierung im Anwendungsbereich beitragen. Entsprechend umfasst der übergreifende Ansatz deskriptive und normative Anteile: Die Identifizierung ethischer und rechtlicher Fragestellungen im Bereich *Auswirkungen von SwissDRG*, die Analyse ethischer und rechtlicher Problemfelder im Bereich *Auswirkungen von SwissDRG*, die Bewertung verschiedener Handlungsmöglichkeiten zur Lösung von Problemen im genannten Bereich und die Umsetzung von begründeten Empfehlungen in der Praxis. Dabei werden zur ethischen Bewertung der Auswirkungen von SwissDRG auch die Erfahrungen aus Deutschland miteinbezogen (Kapitel 5), und anhand aktueller Studien und Literatur wird geprüft, welche Auswirkungen die Einführung von G-DRG auf die Qualität der Patientenversorgung in Deutschland hatte. Unterdessen liegen auch in der Schweiz erste empirische Untersuchungsergebnisse zu den Auswirkungen der Einführung von SwissDRG vor [1]. In der qualitativen Teilstudie „DRGs in Switzerland: critical analysis of the legal aspects and their perception by experts and hospital managers“ wurden in der ersten Jahreshälfte 2012 Verantwortliche in Spitälern u. a. danach gefragt, was aus ihrer Sicht vulnerable Gruppen im Spitalalltag sind, was sich mit der Einführung von SwissDRG für diese verändert hat und ob diese Veränderungen für die vulnerablen Gruppen mit der Einführung der Fallpauschalen zusammenhängen. Diese Umfrageergebnisse aus qualitativen Experteninterviews [2] im Rahmen der DRG-Begleitforschung in der Schweiz lassen verschiedene Tendenzen erkennen: Es findet eine schnellere Verschiebung von stationären zu ambulanten [3] Behandlungen statt und die neuen gesetzlichen Instrumente wie beispielsweise die Akut- und Übergangspflege (AüP), welche der Gesetzgeber explizit zur Abfederung allfälliger nachteiliger Konsequenzen rascherer Spitalentlassungen eingeführt hat, sind den befragten Experten im Jahr 2012 noch wenig bekannt und werden folglich in der Praxis nicht umgesetzt (S. 80). Dies hat

wiederum Konsequenzen für die ambulanten Nachversorger bzw. die gesamte ambulante Versorgungskette (Rehabilitationskliniken, Hausärzte, Spitex, Heime). Aufgrund derzeit noch bestehender struktureller Unzulänglichkeiten der SwissDRG-Tarifstruktur (S. 101, Ziffer 8.3.1) sind insbesondere die vulnerablen Patientengruppen (u. a. ältere, chronisch kranke, multimorbide und an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten sowie Kinder) im System ungenügend differenziert abgebildet und entsprechend zu tief entschädigt, was den Druck auf die Spitäler erhöht, diese Patientinnen und Patienten aus Kostengründen rascher zu entlassen. Erfahrungen und Studien aus den USA, wo die Fallpauschalen in den frühen 80er-Jahren eingeführt wurden, bestätigen, dass mit der Einführung der Fallpauschalen im stationären Bereich vermehrt Behandlungen ambulant vorgenommen werden [4–6] und zu vorzeitigen Verlegungen in die Pflegeheime führen [7]. Der Grund für diese Entwicklung liegt darin, dass jene DRGs mit niedrigen Kostengewichten und kurzer Liegedauer aus Kostengründen in den ambulanten Behandlungsbereich verschoben werden. Verschiebungen dieser Art sind sinnvoll, soweit die Patienten ihren Bedürfnissen gerecht und adäquat behandelt werden. Wenn die Spitäler indessen Patienten aus Kostengründen schneller in den ambulanten Bereich verlegen und damit riskieren, dass die Qualität der Behandlung sich verschlechtert (bspw. durch mangelhafte Betreuung oder vermehrt eingriffsbedingte Zwischenfälle wie Blutungen und Infektionen), ist eine Verschiebung aus ethischer Sicht problematisch. Es besteht die Gefahr, dass gewisse Patientengruppen diskriminiert und ihnen Leistungen vorenthalten werden. Verstärkt zeigt sich diese Problematik bei der Versorgung chronisch kranker Patienten. Hier manifestiert sich der sog. „Drehtüreffekt“, weil der chronisch kranke oder multimorbide Patient nach der Entlassung aus dem stationären Sektor in die langfristige Nachsorge des Hausarztes übertritt, welcher nach dem Auftreten von Komplikationen den Patienten erneut stationär einweist usw. Soweit der betreuende Hausarzt oder die spitalexternen Dienste (Spitex, Heime) die ambulante Behandlung nicht mit dem Spitalspezialisten abstimmen können oder selbst nicht optimal für die Übernahme des Patienten vorbereitet sind, führt dies mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu Qualitätseinbußen und im Endergebnis zu höheren Kosten. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, braucht es effektive Schutzbestimmungen und neue Ansätze in der schweizerischen Gesundheitsversorgung. Dazu befasst sich die vorliegende Arbeit einerseits mit der Frage, wo die ethischen Kriterien ihr Korrelat in rechtlichen Schutzbestimmungen finden und andererseits damit, wie allfällige durch den Schweizer Gesetzgeber eingeführte Schutzbestimmungen zwecks Vermeidung potenzieller negativer Konsequenzen der Auswirkungen von SwissDRG umgesetzt worden sind (Kapitel 7). Der dritte Teil formuliert konkrete Handlungsempfehlungen zur optimalen Nutzung der positiven Auswirkungen und zur grösstmöglichen Reduktion der negativen Auswirkungen der Einführung von SwissDRG sowie zu einer möglichen Gestaltung des zukünftigen Gesundheitswesens (Kapitel 8). Dabei geht die vorliegende Arbeit bewusst auf die Umsetzungsebene ein und beantwortet die Frage, wie die ethische Analyse in die Versorgung übertragen werden kann mit dem Ziel, eine Brücke zwischen Ethik und Recht oder zwischen ethischer Reflexion und dem Rechtssystem zu schlagen.

2 Die Einführung von SwissDRG in der Schweiz

2.1 SwissDRG als Adaption von G-DRG

Die Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen nach dem Vorbild von Diagnoses Related Groups (DRGs) begann 1967 in den USA an der Yale-Universität und wurde erstmals 1983 im Medicare [8] Bereich verwendet [9–11]. Die weitere Entwicklung des amerikanischen HCFA-DRG-Systems wurde von verschiedenen Ländern interessiert verfolgt und auch kritisiert. Im Mittelpunkt der Kritik stand die klinische und ökonomische Homogenität [12] der Patientenkategorien. Die Schweiz entschied sich im Dezember 2005 zur Einführung eines Fallpauschalen-Systems auf der Grundlage des deutschen Modells (G-DRG). Die Verwaltungsorgane des deutschen Gesundheitswesens waren im Jahr 2000 durch die Politik aufgefordert, ein bereits existierendes DRG-System als Grundlage des aufzubauenden deutschen Systems auszuwählen. Die Entscheidung fiel auf das System des australischen Bundesstaates Victoria, genannt „Australian Refined Diagnosis Related Groups“ (AR-DRG), welches einen Teilbereich medizinischer Leistungen nach dem Fallpauschalen-Prinzip abrechnete. Das deutsche G-DRG-Modell war ursprünglich eine reine Übersetzung des australischen DRG-Systems (AR-DRG-System 4.1) und das schweizerische DRG-System (SwissDRG) wiederum ist eine Adaption des G-DRG-Systems 2006 [13].

2.2 Fallpauschale als Instrument zur Steuerung der Kosten im Gesundheitswesen

Mit der Einführung der Fallpauschalen verfolgte der Bundesrat insbesondere das Ziel, die Kosten im Spitalbereich zu dämmen. „Fallpauschale“ definiert eine bestimmte Vergütungsform von Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zu zeitraumbezogenen Vergütungsformen (Anzahl Tage in der Klinik) oder einer Vergütung einzelner Leistungen während einer Hospitalisation erfolgt bei Fallpauschalen die Vergütung von medizinischen Leistungen pro Behandlungsfall. Im Fallpauschalen-System, auch Diagnosis Related Groups (DRGs) genannt, werden Patienten anhand medizinischer und demographischer Daten in Fallgruppen eingeteilt. Die Fallgruppen dienen jedoch nicht der medizinischen Unterscheidung, sondern der Differenzierung des ökonomischen Aufwandes.

Die Pauschalen sind eines der Instrumente zur Steuerung der Kosten. Der Botschaft des Bundesrates lässt sich dazu im Detail entnehmen, dass eines der Ziele der breit angelegten Gesetzesrevision des Krankenversicherungsgesetzes [14] in den Jahren 1996 bis 2001, nämlich die Eindämmung der Kostenentwicklung, nicht erreicht wurde [15]: Seit Inkrafttreten des KVG im Jahr 1996 wiesen sowohl die Gesamtausgaben der Krankenversicherung wie auch die Krankenversicherungskosten für den

Pflegebereich jährliche Steigerungsraten aus, die deutlich über der durchschnittlichen Lohn- und Preisentwicklung lagen [16]. Bei der Zerlegung der Kostenentwicklung in ihre Komponenten (Kosten = Menge × Preis) wurde festgestellt, dass die Preise wegen der bestehenden Rahmentarife im Pflegebereich generell eine untergeordnete Rolle spielen und die Kostenzunahme mehrheitlich auf der Mengentwicklung beruht [17]. Durch die Verstärkung Kosten steuernder Elemente soll nun versucht werden, sowohl auf den Faktor Preis als auch auf den Faktor Menge einzuwirken mit dem Ziel, die Kostenentwicklung positiv zu beeinflussen. Mit der Einführung von Art. 49 Abs. 2 KVG wurde die Möglichkeit einer Einzelleistungstarifierung explizit ausgeschlossen, und die Tarifpartner sind neu seit 1. Januar 2011 gesetzlich verpflichtet, für die Behandlungspflege eine pauschale Vergütung zu vereinbaren. Im bisher (bis zum 31. Dezember 2010) geltenden Recht war die pauschale Vergütung lediglich in einer deklaratorischen Kann-Vorschrift erwähnt [18].

2.3 Keine isolierte Betrachtung der Einführung von SwissDRG

Es ist entscheidend, dass die Einführung der Fallpauschale als Teil der neuen Spitalfinanzierung nicht isoliert betrachtet wird, weil es im schweizerischen Gesundheitswesen viele Entwicklungen gibt, die *parallel* zur Einführung der Fallpauschale verlaufen, nicht aber auf die Einführung von SwissDRG zurückzuführen sind. Dabei sind aus Expertinnen- und Expertensicht [19] vor allem die nachfolgend genannten Veränderungen bedeutend, welche unabhängig von der Einführung der Fallpauschalen im schweizerischen Gesundheitswesen stattfinden: Es sind dies die demographische und epidemiologische Entwicklung, der steigende Anteil chronischer Erkrankungen sowie Polymorbidität, der technische Fortschritt und die Innovation in der Medizin, weiter die Spezialisierung der ärztlichen, therapeutischen oder pflegerischen Leistungen. Zudem haben die Apparate heute eine steigende Bedeutung bei der Behandlung zulasten der persönlichen Leistung (mehr „high-tech“ und weniger „high-touch“). Die Spitäler müssen sich der Herausforderung von knappen Personalressourcen stellen, weil zu wenig ausgebildet wurde, und es findet eine Zentralisierung der (Grund-)Versorgung sowie eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit statt. Die Patienten wünschen sich mehr und teilweise massgeschneiderte Gesundheitsleistungen. Die Chronifizierung von gewissen Krankheiten (zum Beispiel Aids) führt heute oft zu lebenslangen therapeutischen und medikamentösen Behandlungen. Auch die Verknappung von Ressourcen in der Gesundheitsversorgung, die Verlegung gewisser Behandlungen in den ambulanten Bereich aufgrund des technischen Fortschritts (minimalinvasive Eingriffe), steigende Qualitätsanforderungen des Patienten, des Auftraggebers, des Kantons und der Fachgesellschaften sowie die Verkürzung der Aufenthaltsdauer im stationären Bereich spielen eine wesentliche Rolle.