

# Fallpauschalen (DRG's)

## Patient extra länger beatmet – 50'000 Euro mehr fürs Spital.

*Infoschreiben gegenüber Bundesrat, Parlament, GDK und den Gesundheitsbehörden swissmedic & BAG vom 10. Mai 2023*

Sehr geehrte Damen und Herren

Der «INFOSperber» mit Martina Frei und Urs P. Gasche thematisiert mit einem Film der ARD-Mediathek eine Problematik im Schweizerischen sowie Deutschen Gesundheitssystem, welches dank politischer Fehlsteuerung von selbstbereichernden Leistungserbringern / Spitälern / Kliniken, geduldet vom Zentralvorstand FMH sowie den jeweiligen kantonalen Ärztesellschaften seit Jahren bestens bekannt ist: Die gezielte eigennützige gewinn- und profitorientierte 'Ausschlachtung' von Fallpauschalen auf Kosten einerseits der Gesundheit der betroffenen Patient\*innen sowie andererseits der Prämienbelastung der Prämien- und Steuerzahler\*innen.

**Frei Martina. Patient extra länger beatmet – 50'000 Euro mehr fürs Spital.**

**INFOSperber, 1. Mai 2023**

<https://www.infosperber.ch/gesundheit/patient-extra-laenger-beatmet-50000-euro-mehr-fuers-spital/>

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Paul Robert Vogt hat 2009 deswegen bereits mit der Erstversion seines Manuskriptes redundant zur Korrektur der vorliegenden politischen Fehlleistungen unserer Parlamentar\*Innen und Bundesrät\*Innen sehr eindrücklich auf dieses für die Schweiz desaströse Debakel der «SwissDRGs» für das gesamte Gesundheitssystem hingewiesen!

**„Fallpauschalen“:** die Debatte über die Einführung der Fallpauschalen wird sich in Kürze intensivieren, weshalb sie hier etwas genauer dargestellt werden sollen.

Mit der Einführung der DRG, der Fallpauschalen, zieht am Horizont die nächste Katastrophe auf. „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.

DRGs wurden 1967 an der Yale-Universität entwickelt und in den USA ab 1983 im Medicare-Bereich verwendet. 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. Im Dezember 2005 entschied sich die Schweiz zur Einführung eines DRG-Systems auf Grundlage des deutschen Modells. Durch den Prozess der Helvetisierung (Anpassung an die schweizerische Behandlungswirklichkeit) sollen daraus die SwissDRG entstehen.

Ich möchte hier weder auf die weitere Geschichte, noch auf die verschiedenen Varianten von DRG-Systemen eingehen, sondern, basierend auf meiner Erfahrung im deutschen Gesundheitswesen, auf die Frage eingehen, wem die Einführung der SwissDRG nützen könnte. Anders gefragt: brauchen wir in der Schweiz DRGs?

Die Antwort sei vorweggenommen: wir brauchen keine DRGs. Das DRG-System ist zutiefst unethisch und unmoralisch. DRGs nützen weder den Patienten, noch den Kliniken, im Gegenteil. Wenn sie überhaupt einen Nutzen haben, dann der Bürokratie, welche im DRG-System sinnlose und unbegrenzt ausufernde Möglichkeiten finden wird, den Papierkrieg zum Schaden unserer Patienten ins Absurde zu steigern.

„Praktische“ Alltags-Beispiele mögen diese Behauptung unterstützen:

- *Beispiel 1:* Wird ein Patient nach einem operativen Eingriff z.B., während 17 Tagen künstlich beatmet, fällt er in eine bestimmte Fallpauschalen-Kategorie, z.B., in die „23'000.- Euro-Kategorie“. Ab dem 22. Beatmungstag würde er in die „38'000.- Euro-Kategorie“ rutschen. Das ist die Summe - respektive die Leistung - welche die Klinik für 17 bzw. für 22 Tage künstliche Beatmung vergütet erhält. Statt am 18. Tag, wird der Patient erst am 22. Tag nach der Operation von der künstlichen Beatmung entwöhnt, weil der „Klinik-Administrator“, der „Abteilungs-Ökonom“, „der Klinik-eigene Verwaltungsassistent“, oder kurz: der Klinik-eigene „DRG-Beauftragte“, unbelastet von medizinischem Wissen, auf der Visite erklären wird, dass dieser Patient aus ökonomischen Gründen erst am 22. Tag nach der Operation extubiert werden soll oder „darf“. Dabei nimmt man das Auftreten einer Lungenentzündung mit einer 30%igen Chance, dran zu versterben, aus ökonomischen Gründen in Kauf.

- *Beispiel 2:* ein kritisch kranker Patient wird von der künstlichen Beatmung entwöhnt. Sein Zustand verschlechtert sich. Es wird offensichtlich, dass er „es nicht schaffen“ wird. Aus ethischen Gründen würde man den schicksalhaften, natürlichen Verlauf abwarten und den Patienten nicht mehr an die künstliche Beatmung anschließen. Aus Gründen der DRGs ist es aber besser, den Patienten noch einmal zu beatmen und ihn an der Maschine sterben zu lassen, weil ein Patient der ohne künstliche Beatmung stirbt, weniger „einbringt“, als ein Patient, der an der künstlichen Beatmung stirbt. Der Patient wird – man muss es formulieren, wie es ist – finanziell lohnend zu Tode - beatmet.

- *Beispiel 3:* ein von der Atmung her kritischer Patient an der Grenze zur künstlichen Beatmung wird aus finanziellen Gründen lieber gleich künstlich beatmet, um für den Patienten mehr Geld zu erhalten. Eine erfolgreiche, konservative Behandlung mit Atem- und Physiotherapie, welche dem Patienten die risikoreichere künstliche, maschinelle Beatmung ersparen könnte, lohnt sich nicht. Warum auch? Weil, (1), eine künstliche Beatmung besser vergütet wird als eine optimale konservative medikamentöse und physiotherapeutische Behandlung, welche die künstliche Beatmung vermeidet; 2. weil die Zuteilung von Stellen im Intensivbereich davon abhängt, wie viele Patienten mit vielen Beatmungstunden behandelt werden. Und: eine besondere Blüte treibt ein nach dem Chefpfleger benannter Score, der

die Beatmungsstunden auf der Intensivstation jeden Tag direkt in resultierende Stellenkürzungen im Personalschlüssel umrechnet. Die entscheidende Frage auf der morgendlichen Visite also wird lauten: „Sind wir im „Range“?“.

- *Beispiel 4:* Nierenersatzverfahren auf einer Intensivstation, welche wegen eines Nierenversagens notwendig geworden sind, werden nach ihrer Laufzeit am Patienten über Sonderentgelte bezahlt. Je länger der Patient am Nierenersatzverfahren bleibt, desto höher sind die „Erlöse“. Ein frühzeitiger Nierenstartversuch mit dem Ziel, vom Ersatzverfahren wegzukommen, lohnt sich finanziell in keiner Weise.

- *Beispiel 5:* ein Patient tritt zur Operation einer Verengung der rechten Halsschlagader ein. Die allgemeine Abklärung vor der Operation ergibt zusätzlich mehrere, operationspflichtige Verengungen an den Herzkranzgefäßen. Werden beide Eingriffe – an der Halsschlagader und am Herzen - simultan in einer Narkose durchgeführt, wird nur der Aufwand für die Eintrittsdiagnose vergütet, d.h., für die Operation an der Halsschlagader. In der DRG-Welt ist es finanziell lohnender, zunächst die Halsschlagader zu operieren und dann den Patienten – Risiko hin oder her – nach Hause zu entlassen, um ihn nach einem durch die DRG zeitlich vorgeschriebenen Intervall von 14 Tage zur Herzoperation aufzubieten. Motto: medizinisch erforderliche Behandlungsabläufe werden aus finanziellen Gründen gezielt unterbrochen.

- *Beispiel 6:* ein 12-jähriges Mädchen wird mit Verdacht auf Blinddarm-Entzündung hospitalisiert. Entpuppt sich das Geschehen nach 36 Stunden klinischer Beobachtung als harmloser Bauchschmerz, kann das Mädchen ohne operativen Eingriff nach Hause entlassen werden. Das Problem besteht darin, dass diese sorgfältige klinische Beobachtung, welche dem Mädchen einen unnötigen operativen Eingriff erspart, in den DRGs nicht „abgebildet“ ist, sprich: die Klinik kann daran nichts verdienen. Laut DRGs ist es besser, gleich zu operieren, denn die Entfernung eines Blinddarms – ob entzündet oder nicht – ist für die Klinik finanziell lohnender. Um die möglichen Spätfolgen einer unnötigen Operation – z.B. Verwachsungsbauch oder Sterilität– kümmern sich die DRGs nicht.

Wenn Sie diese Beispiele für konstruiert oder gesucht erachten, muss ich Sie enttäuschen. Sie entspringen und entsprechen der so genannten DRG-Welt. DRGs sind zutiefst unethisch und unmoralisch. Sie richten sich direkt gegen die Patienten und gegen die Qualität der medizinischen Leistungen. Mehr noch, sie sind ebenfalls gegen die Kliniken gerichtet, da sie die Einnahmen der Kliniken je nach Spezialität zwischen 5% bis 30% reduzieren. Dies wiederum erhöht den „Druck auf die Ärzteschaft, defizitäre und administrativ aufgeblasene Institute durch entsprechende Anpassung der Medizin und maximale Fallzahlenakkumulation zu subventionieren“.

Mehr noch, die Einführung der DRGs 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 Leistung erbringen. Auf diese Art und Weise werden noch mehr finanzielle Mittel, welche dringend für medizinische Massnahmen am Patienten benötigt werden, in einen sinnlosen Papierkrieg umgeleitet. Noch mehr Bürokraten werden mit noch mehr Prämiegeldern noch enger kontrollieren wollen, dass im Gesundheitswesen noch weniger medizinisch Leistungen erbracht werden.

In Podiums-Diskussionen mit Befürwortern von Fallpauschalen kommt auf die Frage, „für was wir die DRGs benötigen“, üblicherweise die Antwort, „dann wissen wir endlich, was die Entfernung eines Blinddarmes kostet“, als ein Argument, die DRG einzuführen. Die Gegenfrage muss lauten: was haben denn unsere jetzt schon überdimensionierten Administrationen die letzten 30 Jahre getan, dass sie angeblich immer noch nicht wissen, was eine Blinddarmoperation kostet?

Unsere ethische Verpflichtung, dem Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, würde uns verpflichten, der Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz einen Riegel zu schieben. Ich werfe den Befürwortern der DRG nicht vor, dass sie genau jene morallose Art der Medizin einführen wollen, die in den vorangegangenen Beispielen aufgeführt ist. Das war auch bei der Einführung der DRG in andern Ländern bestimmt nicht das primäre Ziel. Verlust von Moral und Ethik im medizinischen Alltag sind aber die Konsequenz der Einführung der DRG, und die Befürworter der SwissDRG haben bis jetzt keine schlüssige Antwort darauf, wie sie Entstehung solcher Zustände in der DRG-Welt zum Schaden der Patienten verhindern wollen. Der Einwand, dass Missbräuche dieser Art bei „uns sicher nicht vorkommen werden“, ist realitätsfremd. Wenn nicht wir uns für unsere Patienten einsetzen, indem wir uns klar gegen diese Forderungen einer ausufernden Administration stellen – wer dann? Finden wir keine eigenen Lösungen? Müssen wir jeden Unsinn aus dem Norden übernehmen? Von einem Gesundheitswesen, auf das sogar das berühmte „New England Journal of Medicine“ aufmerksam geworden ist?

Wenn die Medizin einen kompetitiven Charakter haben soll, um Geld zu sparen, muss die Qualität der medizinischen Handlung am Patienten auf dem Boden einer gesunden Konkurrenz gesteigert werden und nicht in der Produktion einer endlosen Bürokratie.

Die Einführung der Fallpauschalen ist auch aus anderen Gründen strikt abzulehnen: (1) weil eine gewinnorientierte, privat agierende Gruppe von Leuten alleine aufgrund eines parlamentarischen Beschlusses – wir sind aber keine parlamentarische Demokratie – unter Ausschluss einer adäquaten öffentlichen Diskussion am Bürger vorbei ein System einführen will, das jeden einzelnen Bürger in diesem Lande gerade dann ins Mark trifft, wenn er krank ist und Hilfe sucht; (2) weil die Einführung der DRG keine rechtliche Grundlage besitzt, denn der Bundesrat beschreibt im Artikel 49 des KVG, dass die Fallpauschalen „leistungsbezogen“ – und nicht Diagnose-bezogen – festgelegt werden müssen; (3) weil die DRG den gläsernen Patienten produziert, indem alle Patientendaten ohne Einschränkung über die bei den Krankenkassen angestellten Vertrauensärzten den Kassen selbst weitergegeben werden, was nach dem derzeit geltenden Datenschutzgesetz rechtswidrig ist; (4) weil hochkomplexe Patienten mit Mehrfachdiagnosen und aufwendigen Therapien sowie ältere und chronisch kranke Patienten im DRG-System gar nicht abgebildet sind, was den Verdacht nährt, dass hinter der Einführung der DRG eben doch die Absicht besteht, chronisch- und schwerkranke Patienten aus dem Gesundheitswesen „heraus zu drücken“, sind sie doch jene, welche die höchsten Kosten verursachen.

***Ein auf Ethik und Medizin basierendes Gesundheitswesen für die Schweiz.***

***Prof. Dr. med. Paul R. Vogt.***

***HerzGefässZentrum***

***Klinik im Park***

***Zürich, August 2009***

<https://www.physicianprofilina.ch/PHYVogtPositionPaper082009.pdf>

Seit dieser Veröffentlichung ist jedoch nichts wirklich Zählbares passiert! Rein gar nichts!!!

Man muss es deswegen provokativ leider so deutlich undiplomatisch zugespitzt ausformulieren: Die ökonomisch skrupellos eigennützig neoliberal profit- und gewinnsteigernden medizinisch fachfremden parlamentarischen stets heuchlerisch verlogenen lächelnden Besserwisser-Lobbyisten-Parteisoldat\*innen im Dienste sämtlicher Regierungsparteien mit deren aus ihren Kreisen völlig undemokratisch gewählten Bundesräten vermögen dank politischer Immunität so die Bundesverfassung und Gesetze mit den Füßen tretend höchst erfolgreich zu unterwandern. Das Volk besitzt trotz angepriesener direkter Demokratie bei der Wahl des Bundesrates ja kein eigentlich direktes Stimmrecht sowie die Option, einen Bundesrat infolge dessen Überforderung / Inkompetenz und Korruption wieder abwählen zu können. Analog zur Ärzteschaft FMH bei der Wahl deren Standsvertreter\*innen der Ärztekammer, der Delegiertenversammlung 'CV' sowie des Zentralvorstandes FMH 'ZV' gemäss folgender Abbildung:

Die Landesvertreter der Ärztekammer, die Delegiertenversammlung 'DV' und der Zentralvorstand FMH 'ZV' werden nach wie vor in zahlreichen juristisch getrennten Einzelgesellschaften bestimmt und oft nicht einmal ordentlich gewählt. Am Beispiel des vom Zürcher Regierungsrat ohne kritisches Hinterfragen geduldeten grössten Kantonalverbandes, der Ärztesgesellschaft Zürich 'AGZ' lässt sich dies besonders gut darstellen:

1. Im Kanton Zürich besitzen die FMH-Mitglieder kein Stimmrecht.
2. Wenn ein FMH-Mitglied ein Mitspracherecht beanspruchen möchte, muss es der AGZ beitreten und dort aufgenommen werden.
3. Im Widerspruch zu den Rechten der Mitgliederversammlung MV im Schweizerischen Zivilgesetzbuch 'ZGB' hat die AGZ seit 2010 der MV alle Rechte entzogen.
4. Mitglieder der AGZ bestimmen in kleinen Gemeindeverbänden die Delegierten der AGZ-DV.
5. Diese AGZ-DV ist statuarisch z.B. mit zahlreichen 'assoziierten' Delegierten wie z.B. von 'assoziierten' Managed Care Verbänden' durchsetzt.
6. Diese AGZ-DV bestimmt die FMH-Ärztammerdelegierten.
7. Die FMH-Ärztammer wählt aus ihren Reihen die FMH-DV, sowie den ZV, welche die 'operative Leitung' der FMH innehaben und durch einfache Mitglieder der FMH respektive deren Basis 'de facto' nicht abgewählt werden können.

---

<sup>51</sup> Pulsus – für eine freie, sozial verantwortbare Medizin. Luzern, Vorstandssitzung 2/2013 vom 04.06.2013.

---

Resultat: 'Divide et impera'! Das einfache, die Ärzte- und Patienteninteressen vertretende FMH-Mitglied hat keine Möglichkeit, den Funktionsapparat an der Spitze der Pyramide, z.B. den jeweilig aktiven FMH-Präsidenten zu kontrollieren. So findet eine gut durchdachte und seit Jahren vorangetriebene Entmündigung der FMH-Basis und der MV statt.

Diese gezielte Unterwanderung der Landespolitik im wirtschaftlichen Eigeninteresse diverser Protagonisten muss deshalb durch eine Reformierung des aktuell höchst undemokratischen Wahlsystems der Ärzteschaft reformiert werden, ansonsten eine durch die Landesgesellschaften der FMH gesteuerte «Zweckmässigkeitsforschung» erneut erfolgreich profitmaximierend von einzelnen Gruppen zu deren wirtschaftlichen Vorteilsnahmen missbraucht werden könnte.

#### **CH: Standpunkt FMH Gesundheitskosten**

### **Kapitel «Organisation und landespolitische Glaubwürdigkeit Landesorganisationen & Zentralvorstand FMH»**

**Die Mittelländische Zeitung DMZ**

**7. August 2022**

<https://www.mittellaendische.ch/2022/08/05/ch-standpunkt-fmh-gesundheitskosten/>

Dieser völlig undemokratisch, die BV und die Gesetze nachweislich missachtend oder mangelhaft umsetzend gewählte «strukturell korrupte» Lobbyistenfilz in Politik und Ärzteschaft vermag so deren wirtschaftlichen Eigennutz höchst erfolgreich zu verteidigen, indem man das bisherige politische Kapitalversagen durch ständige Reformen angeblich zu verbessern versuche, in Tat und Wahrheit leider jedoch alles nur 'verschlimmbessert', gegenüber dem Volke so alles zu vertuschen vermag, den Eindruck entstehen lassen könnend, es müsse halt eben so sein!

Diese schleichende Zerstörung unseres Gesundheitssystems hat Prof. Vogt mit dessen scharfen Kurzanalyse als Kommentar in der NZZ anno 2017 erneut sehr treffend redundant analysiert:



**Paul Robert Vogt** · vor 30 Minuten

Guter Artikel meiner Kollegen Osmund Bertel und Hans Säuberli. Den Zustand des CH-Gesundheitswesens habe ich schon in 2009 beschrieben, inklusive vieler Lösungsansätze:  
<http://www.physicianprofil...>

Das Manuskript wurde von allen Parteien angefordert, war bei der FMH, dem BGA, der Swiss-DRG und so weiter. Echo: Null. Das hat Gründe. Der aktuelle Zustand des Gesundheitswesens stellt sich wie folgt dar: 1. Es geht nur ums Geld. Wenn gespart werden könnte, hat jeder Player sofort Angst, dass sich dann bloss sein Verdienst schmälern könnte. 2. Es gibt überhaupt keine Qualitätskontrolle. Was propagiert wird sind Nebelpetarden oder schlicht: Betrug. 3. Die Qualität nimmt bei steigenden Kosten konstant ab. 4. Niemand ist an Sterbe- und/oder Komplikationsraten interessiert. Es wird alles unter den Teppich gekehrt. 5. Das Hausarztwesen wird zerstört. 6. Die Politik, die nur für die grossen Absahner lobbyiert (IT, Pharma, Medizintechnik etc), hat keine Ahnung, was sie wie reformieren müsste. Sie hat nicht nur keine Ahnung, sie ist auch nicht willens. 7. Die Medien, eigentlich so gerne die 4. Gewalt im Staat, sind ebenso wenig interessiert, Klartext zu reden/publizieren, weil sie politisch nicht unabhängig sind. 8. Die Krankenkassen haben Null Interesse an Qualität, Kosten und an Patienten.

In den letzten 12 Jahren hat sich das CH-Gesundheitswesen in allen Belangen verschlechtert: qualitativ, ethisch-moralisch, finanziell, politisch. Immer mehr Gruppen, die nie einen Patienten sehen, sahen für Null Leistung ab und erschweren dabei noch den Betrieb: z.B. Swiss-DRG. Klar, das CH-Gesundheitswesen gehört noch zum Bessern - fragt sich wie lange und zu welchem Preis. Konstant geblieben ist nur die Arroganz: wir waren schon immer die Besten. Auf meinen Missionen nach Osteuropa und Asien sehe ich aber, dass wir links und rechts überholt werden.

^ | v · Antworten · Teilen >

***Von der Fehldiagnose zur falschen Therapie***  
***NZZ, 1. Juli 2017***

Da unterdessen auch die politisch nicht mehr unabhängig gewordene «4. Gewalt» als Korrigendum der «Legislative», «Exekutive» und «Judikative» kein Interesse mehr daran hatte, dieses so politisch mehrheitsfähige Unterwandern der medizinischen Indikationsqualität und Behandlungssicherheit sowie der ökonomischen Kosteneffizienz mit der langfristig damit zusammenhängenden Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems entsprechend sachlich auszulegen, vermochte sich eben diese rein ökonomisch eigennützige gewinn- und profitoptimierende Handhabung der DRG's erfolgreich etablieren. In der Schweiz hat dies trotz entsprechendem Bewusstsein dank Warnung aus verschiedenen Kreisen aus bekannten pekuniären Gründen aber nie wirklich grossartig Aufsehen erregt.

So vermag man sich dank diesen bekannten Problemen mit den Fallpauschalen in diesem parlamentarisch und bundesrätlich geförderten Selbstbedienungsladen so schon seit Jahren auf Kosten der Sicherheit und Gesundheit der Patienten leider weiterhin gezielt eigennützig pekuniär, resp. wirtschaftlichkeitswährend abrechnen, resp. gezielt bereichern.

Kann dies nun journalistisch plötzlich völlig überraschend durch «INFOsperber» glaubwürdig thematisiert werden?! Oder sind hier nicht im Hintergrund agierende wirtschaftliche Eigeninteressen am Werke, dass nun plötzlich darauf hingewiesen werden soll?!

So ertappt man «INFOsperber» mit Urs P. Gasche und Martina Frei diesbezüglich mit einem Kommentar, der nicht veröffentlicht wurde, um dieses nachweislich langjährige eigennützige, gut kaschierte Treiben wohl nicht entsprechend weiter thematisieren zu müssen. Es weist zudem auf einen internen opportunistisch wirtschaftlichkeitswährenden journalistischen Eigennutz von «INFOsperber» hin. Denn trotz rechtzeitig eingereichtem Kommentar – innerhalb von 3 Tagen mit nachgereichtem Korrigendum, dass es 15 und nicht 25 Jahre sind – wurde dieser Hinweis nicht veröffentlicht, resp. zensuriert, um so wohl weiterhin die angeblich hochqualitative und seriöse Rechercheaktivitäten von «INFOsperber» wahren, weiterhin wichtige existenzwahrende Sponsoren und Spenden generieren zu können.

Andreas Keusch, Pfäffikon am 3.05.2023 um 13:26 Uhr

«Wird ein Patient nach einem operativen Eingriff z.B., während 17 Tagen künstlich beatmet, fällt er in eine bestimmte Fallpauschalen-Kategorie, z.B., in die „23'000.- Euro-Kategorie“. Ab dem 22. Beatmungstag würde er in die „38'000.- Euro-Kategorie“ rutschen. Das ist die Summe – respektive die Leistung – welche die Klinik für 17 bzw. für 22 Tage künstliche Beatmung vergütet erhält.

Statt am 18. Tag, wird der Patient erst am 22. Tag nach der Operation von der künstlichen Beatmung entwöhnt, weil ... dieser Patient aus ökonomischen Gründen erst am 22. Tag nach der Operation extubiert werden soll oder „darf“. Dabei nimmt man das Auftreten einer Lungenentzündung mit einer 30%igen Chance, dran zu versterben, aus ökonomischen Gründen in Kauf.»

Dies ist somit seit über 25 Jahren bestens bekannt, von Prof. Paul-Robert Vogt in seinem 1. Reformmanuskript bereits kritisiert worden! Niemand hat es interessiert, bis ein Filmchen und INFOsperber dies wieder thematisieren! Sollte zu denken geben ...

*Ihr Kommentar wird nach 9 Stunden für die Öffentlichkeit freigegeben.*

*Ihre Meinung dazu*

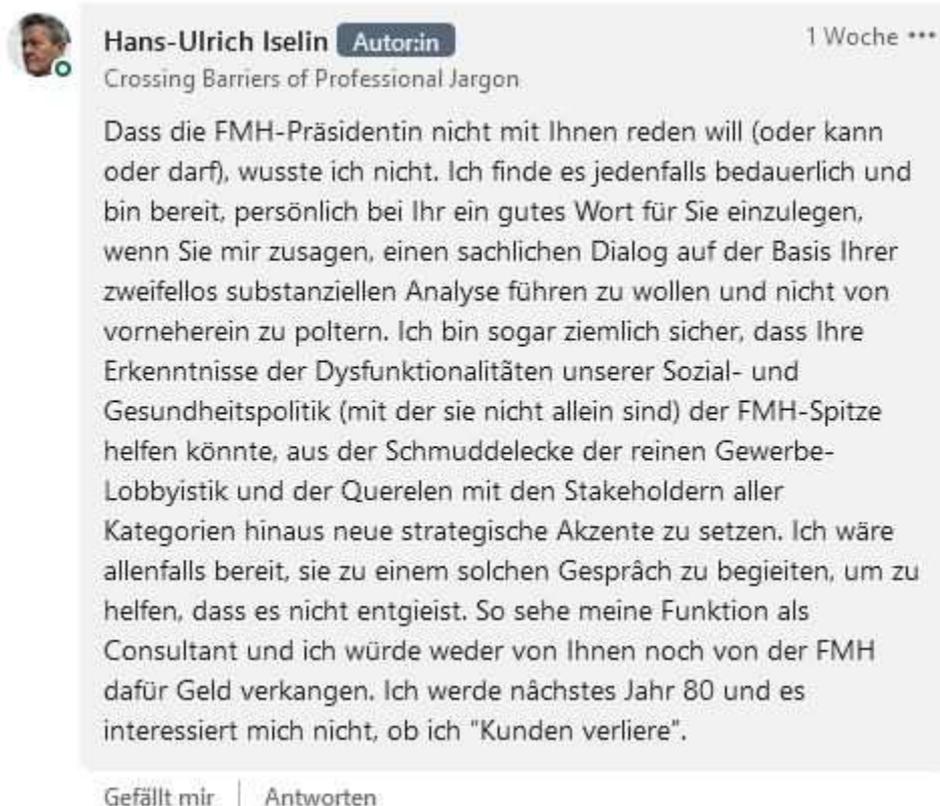
Da stellt sich deswegen die Frage, welche höchst fragwürdige meinungsmanipulierend kaschierende Rolle «INFOsperber», insbesondere Urs P. Gasche, in diesem seit Jahren nachweislich fragwürdigen strukturell eigennützigem Treiben der diversen Stakeholder in unserem Gesundheitssystem tatsächlich spielt?! Schon einmal wurde ich von Urs P. Gasche zensuriert, als dieser einfach sämtliche Hinweise meinerseits auf die missbräuchliche Verwendung unserer Prämiegelder im Rahmen von verordnungsbeeinflussenden gewinn- und profitoptimierenden geldwerten Vorteilen beim Verkauf von SL-Medikamenten und Medizinprodukten auf «INFOsperber» löschte.

Man weiss unterdessen ja leider bestens, wie mit 'unbeliebten' Journalisten, Medienhäusern und Aufklärern in der Schweiz umgegangen wird, welche es als sachlich diskussionsförderndes Korrektiv politischer Fehlleistungen gemäss deren journalistischen Grundpflichten in einem demokratischen Rechtsstaat tatsächlich noch wagen, dies konstruktiv kritisch zu hinterfragen! Man wird bei solchen Versuchen sogleich mit juristischen Androhungen und Klagen eingedeckt, die, sollte man an entsprechenden Artikeln dennoch weiterhin festhalten, zu wirtschaftlichkeitswahrenden sowie ernsthaft existenzbedrohenden Problemen führen können!

Was «INFOsperber» nun aber journalistisch nicht passt, wie z.B. eben der Umstand, dass das Problem mit den Fallpauschalen in der Schweiz schon seit über 15 Jahren gezielt unter den Tisch geschoben

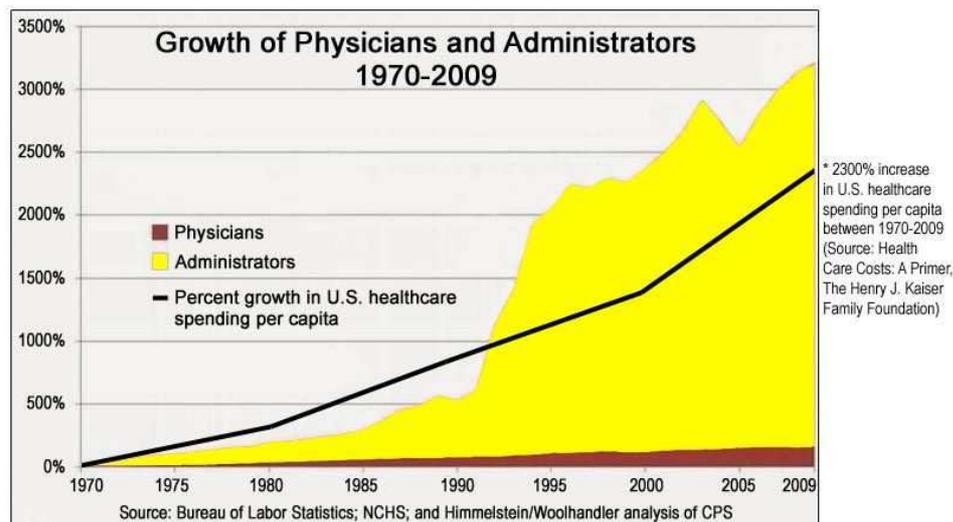
wird, wird nun wohl einfach journalistisch wirtschaftlichen Eigennutz bewahrend kurz mal eben zensuriert! Das bezeichnet «INFOsperber» also offensichtlich als glaubwürdigen, unerschrockenen Qualitätsjournalismus dank ehrenhaften Journalisten mit Rückgrat, welche deren Pflichten noch kennen und tatsächlich befolgen und so eben etwas aufdecken, was andere bisher leider übersehen haben?!

Diese aktuell durch Urs P. Gasche vorliegende Zensur im Zusammenhang mit «SwissDRGs» dürfte somit eher dem gemäss Hans-Ulrich Iselin, Alt-Präsident des «Aargauischen Ärzteverbands», systembedingten altbekannten Problem der *«reinen Gewerbe-Lobbyistik und der Querelen mit den Stakeholdern aller Kategorien»* zuzuschreiben sein, welches unsere Leitmedien und eben auch «INFOsperber» leider davon abschrecken, neben der politischen Unterwanderung unserer Leitmedien, endlich reinen Wein einzuschenken oder eben auch eigennützig meinungsmanipulierend wirtschaftlichkeitsfördernd publizieren zu können!



***Hans-Ulrich Iselin, LinkedIn, Mai 2023***

Dank diesen bekannten, eigennützig unter den Tisch geschobenen DRG-Problemen vermag man sich, wie bereits erwähnt, auf Kosten der Sicherheit und Gesundheit der Patienten in diesem Selbstbedienungsladen OKP somit seit Jahren weiterhin problemlos ungehindert eigennützig wirtschaftlichkeitswahrend zu bereichern. Ja, es konnte dabei zusätzlich noch eine wirtschaftlich lukrative, aber gleichzeitig regelrecht vollständig aufgeblähte, medizinisch unzweckmässige, ökonomisch kostenintensive Leistungsabrechnungs-Bürokratie (*analog zu den USA gemäss nachfolgender Abbildung*) aufgebaut werden, die unterdessen ein Vielfaches an unnötiger Verschwendung unserer Prämienfelder verursacht!



"It is amazing that people who think we cannot afford to pay for doctors, hospitals, and medication, somehow think that we can afford to pay for doctors, hospitals, medication, and a government bureaucracy to administer it." –Thomas Sowell

Eine administrative Verschwendung, deren tatsächlichen Ausmass in der Schweiz von EDI, BAG, Parlament und der FMH noch nie objektivierend untersucht wurde. Warum wohl?!

Die bisherige Gleichgültigkeit unserer Bundesräte, Parlamentarier, Gesundheitsdirektionen, swissmedic, BAG, Krankenversicherer, Leistungserbringer, Spitaldirektionen & Co. zusammen mit unseren Leitmedien kann somit als weiterer Hinweis dieses eigennützigen und eigenbereichernden Treibens der diversen Stakeholder unseres Gesundheitssystems gewertet werden! Die nun vorliegende Zensur durch «INFOsperber» dass diese kostentreibende eigennützig und administrativ völlig unzweckmässige Administration rund um «SwissDRGs» schon seit über 15 Jahren bekannt sein sollte, muss uns allen deswegen zu denken geben!

Zudem haben unsere Leitmedien die aktuellste Version des Reformmanuskriptes von Prof. Vogt aus dem Jahre 2020, erschienen in «Die Mittelländische Zeitung», DMZ, erneut in deren Schubladen verschwinden lassen!

- Vogt P.R. Zur Reform des Schweizerischen Gesundheitswesens – Ein auf Ethik und Medizin basierendes Konzept. Die Mittelländische Zeitung, 5. Juli 2020.  
<https://www.mittellaendische.ch/2020/07/05/zur-reform-des-schweizerischen-gesundheitswesens-ein-auf-ethik-und-medizin-basierendes-konzept/>

Hier äusserte sich Prof. Vogt erneut wie folgt zu dem diesbezüglich politisch hausgemachten aber stets totgeschwiegenen Kapitalfehler «SwissDRG's»:

**„Fallpauschalen und administrative Hürden“:** die Einführung der Fallpauschalen war nur ein weiteres, trauriges Kapitel unseres Gesundheitswesens und passt zur kontinuierlichen, grenzenlosen Ausdehnung einer sinnlosen Administration.

„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.

DRGs wurden 1967 an der Yale-Universität entwickelt und in den USA ab 1983 im Medicare-Bereich verwendet. 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. Im Dezember 2005 entschied sich die Schweiz zur Einführung eines DRG-Systems auf Grundlage des deutschen Modells. Durch den Prozess der Helvetisierung (Anpassung an die schweizerische Behandlungswirklichkeit) sollen daraus die SwissDRG entstehen.

Ich möchte hier weder auf die weitere Geschichte, noch auf die verschiedenen Varianten von DRG-Systemen eingehen, sondern, basierend auf meinen Erfahrungen im deutschen und schweizerischen Gesundheitswesen, auf die Frage eingehen, wem die Einführung der SwissDRG nützt. Anders gefragt: **was hat die Einführung der DRGs in der Schweiz gebracht?**

Die Antwort sei vorweggenommen: **ich sehe keinen Nutzen der DRGs.** Wenn sie überhaupt einen Nutzen haben, dann für die Bürokratie, welche im DRG-System sinnlose und unbegrenzt ausufernde Möglichkeiten findet, den Papierkrieg zum Schaden unserer Patienten ins Absurde zu steigern. **DRGs und „Leistungserfassung“ richten sich auf eine subtile Art gegen die Patienten und gegen die Qualität der medizinischen Leistungen. Sie erhöhen den „Druck auf die Ärzteschaft, defizitäre und administrativ aufgeblasene Institute durch entsprechende Anpassung der Medizin und maximale Fallzahlenakkumulation zu subventionieren“.**

Die Einführung der DRGs und weiterer administrativer Hürden hat eine jetzt schon hypertrophe Administration noch vergrößert und eine sinnlose Datenakkumulation verlangt, um mit immer mehr administrativ Beschäftigten zu kontrollieren, dass die medizinischen Leistungserbringer immer weniger medizinische Leistung erbringen. Auf diese Art und Weise wurden noch mehr finanzielle Mittel, welche dringend für medizinische Massnahmen am Patienten benötigt werden, in einen sinnlosen Papierkrieg umgeleitet. Noch mehr Bürokraten werden mit noch mehr Prämiegeldern noch enger kontrollieren wollen, dass im Gesundheitswesen noch weniger medizinische Leistungen erbracht werden.

In Podiums-Diskussionen mit Befürwortern von Fallpauschalen kam auf die Frage, „für was wir die DRGs benötigen“, üblicherweise die Antwort: „dann wissen wir endlich, was die Entfernung eines Blinddarmes kostet“, als ein Argument, die DRG einzuführen. Die Gegenfrage musste und muss auch heute noch lauten: was haben denn unsere jetzt schon überdimensionierten Administrationen in den letzten 30, 40 Jahre getan, dass sie vor Einführung der DRG angeblich nicht wussten, was eine Blinddarmoperation kostet? Und: wissen sie es heute?

Unsere ethische Verpflichtung, dem Patienten nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, hätte uns verpflichtet, der Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz einen

Riegel zu schieben. Ich werfe den Befürwortern der DRG nicht vor, dass sie bewusst eine morallose Art der Medizin einführen wollten. Das war auch bei der Einführung der DRG in anderen Ländern bestimmt nicht das primäre Ziel. Verlust von Moral und Ethik im medizinischen Alltag sind aber die Konsequenz der Einführung der DRG sowie der konstanten Ausdehnung administrativer Aufgaben. Beispiel: Patienten, die nach einer Operation zügig von der mechanischen Beatmung entwöhnt werden könnten, werden weiterbeatmet, weil mit einer längeren postoperativen Beatmung mehr Geld zu verdienen ist. Wenn nicht wir Ärzte uns für unsere Patienten einsetzen, indem wir uns klar gegen solche Forderungen einer ausufernden Administration stellen – wer dann? Finden wir keine besseren Lösungen? Müssen wir jeden Unsinn übernehmen, der schon in anderen Ländern nichts gebracht hat?

Wenn die Medizin einen kompetitiven Charakter haben soll, um Geld zu sparen, muss die Qualität der medizinischen Handlung am Patienten auf dem Boden einer gesunden Konkurrenz gesteigert werden und nicht in der Produktion einer endlosen Bürokratie. Die administrative Vor- und Nachbearbeitung einer operativen Behandlung hat in den letzten Jahren grotesk zugenommen. Die Operation blieb dieselbe. Die administrative Arbeit pro Patienten ist jedoch grundlos komplexer und zeitraubender geworden und immer mehr Personen, Bürokraten oder Ämter sind in die Planung einer Operation involviert, die nichts mit der Qualität der Medizin zu tun haben.

Zudem: die Einführung der Fallpauschalen ist so von statten gegangen: (1) eine gewinnorientierte, privat agierende Gruppe von Leuten hat alleine aufgrund eines parlamentarischen Beschlusses – wir sind aber keine parlamentarische Demokratie - unter Ausschluss einer adäquaten öffentlichen Diskussion am Bürger vorbei ein System eingeführt, das jeden einzelnen Bürger in diesem Lande gerade dann trifft, wenn er krank ist und Hilfe sucht. Diese Tatsache trifft mich nicht primär in meiner Funktion als Arzt. Sie trifft mich als Staatsbürger, weil diese Vorgehensweise den Glauben an eine funktionierende, direkte Demokratie aushöhlt; (2) die Einführung der DRG besass keine rechtliche Grundlage, denn der Bundesrat beschrieb im Artikel 49 des KVG, dass die Fallpauschalen „leistungsbezogen“ – und nicht Diagnose-bezogen - festgelegt werden müssen. Dann, (3) die DRG produziert den gläsernen Patienten, indem alle Patientendaten ohne jede Einschränkung über die bei den Krankenkassen angestellten Vertrauensärzten den Kassen selbst weitergegeben werden müssen, was nach dem geltenden Datenschutzgesetz rechtswidrig ist. Was für ein Gegensatz zum heutigen Geschrei des „Datenschutzes“ bei der Einführung einer App, welche helfen soll, die SARS-CoV-2-Pandemie zu bekämpfen! (4) Hochkomplexe Patienten mit Mehrfachdiagnosen und aufwendigen Therapien sowie ältere und chronisch kranke Patienten sind im DRG-System nie korrekt abgebildet worden, weshalb dieses administrative Monster immer wieder nachgebessert werden muss, was nur noch mehr entsprechende administrative und IT-Kosten verursacht.

Aber auch hier: die bloße Ablehnung alternativer Finanzierungskonzepte alleine genügt nicht, um finanzielle aufwendige Patienten zu behandeln, welche eine Klinik in die roten Zahlen zu stürzen drohen. Eine Möglichkeit wäre zum Beispiel jene der Rückversicherung teurer Hochrisiko-Patienten, welche hier kurz dargestellt sei: bei 320 Patienten einer Intensivstation liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 8.13 Tage. Nehmen wir an, dass durchschnittlich 10 Tage durch die Fallpauschalen abgedeckt sind, kann die Klinik bei 320 Patienten 6.4 Millionen Euro erwirtschaften. Aber: es gibt drei Patienten, welche man als so genannte „Langlieger“ bezeichnet: zwei bleiben 80 Tage, einer 150 Tage hospitalisiert. Sie liegen klar außerhalb der Fallkosten. Die Klinik selbst hat für diese Mehrkosten aufzukommen und schmälert mit diesen 3 Patienten ihre Einnahmen um

828'000 Euro: der Preis, diese 3 Patienten „durchzubringen“. Finden sich unter diesen 320 Patienten 24 Langlieger, liegt die Jahresbilanz der Klinik bei „Null“. Bei 25 Langliegern fährt die Klinik ein 1-Jahresminus von ca. 300'000 CHF ein. Also: keine Klinik wird sich solche Patienten leisten wollen. Aber es gibt sie. Man kann sie nicht ignorieren; genauso wenig kann man sie einfach sterben lassen. Also werden sie von Klinik zu Klinik verschoben: man will Patienten loswerden, welche die Kosten nicht decken.

Jede Klinik kann solche „Outlayers“, wie man sie nennt, nur verkraften, wenn sie diese über eine spezifische Prämie „rückversichern“ und so den ökonomischen Schaden in engen Grenzen halten kann. Die Herkunft der Rückversicherungs-Prämie ist diskutierbar: die Versicherer, die Versicherten, die Klinik selbst im Sinne eines wirtschaftlichen Risikos; die Mehrwertsteuer, oder andere Möglichkeiten.

Verschiedene Analysen internationaler Experten vermögen keinen positiven Aspekt der Einführung der DRG entdecken. Verlierer sind Patienten und Kliniken. „Gewinner“ sind Administrationen, Bürokraten, Ökonomen, Planer und vor allem die IT-Firmen, welche ihre überbezahlten Hard- und Software-Produkte zur Leistungserfassung in die Kliniken pressen, verpflichtende Schulungen, Codierkurse und bereits Codierrevisionskurse anbieten und u.a. im Rahmen von Lizenzgebühren in jeder Klinik pro Patient schamlos abkassieren. Der groteske Gegensatz zwischen masslos überbezahlten Klinik-Informationssystemen wurde gerade in der SARS-CoV-2-Zeit evident: während eine Klinik ein Informationssystem für mehrere Hundert Millionen Franken einführte, fehlten auf der Abteilung gleichzeitig die notwendigen Masken – für den Patienten und die Pflegenden.

Die IT-Firmen sind mit politischen Entscheidungsträgern verbandelt und können so über den Weg des kantonalen Subventionsabbaus bei mangelhafter Codierung Druck auf einzelne Kliniken ausüben, welche regelrecht zur Anschaffung und Unterhaltung dieser sinnlosen Maschinerie gezwungen werden können. Die Anschaffung von IT-Systemen, welche jede einzelne Handlung der Ärzte und der Pflegenden dokumentieren soll, dient nicht der Sicherheit der Patienten. Diese Systeme dienen nur dazu, jede noch so kleine „Handlung“ zu dokumentieren, damit auch ja alles zuhause der Krankenkasse abgerechnet werden kann. Dass diese Systeme sowohl die Ärzte, wie auch die Pflegenden vom Patienten weg an den Schreibtisch zwingen, scheint ein Kollateralschaden zu sein, den niemand interessiert. Nicht einmal die Ärzteschaft protestiert gegen diesen Unsinn und sie lässt sich von ihren Administrationen willfährig zu dümmlichen Pseudo-Sekretären manipulieren.

**Nach Jahren räumen in der Schweiz auch die damaligen Befürworter der SwissDRG ein, dass die Einführung der DRG keinerlei kostensparenden Effekt erzielt hat. Jeder nüchterne Realist mit einem gesunden Menschenverstand fragt sich, wieso der Unsinn nicht überdacht wird. Die Aussage, dass unser Gesundheitswesen ohne DRG und noch mehr Administration noch teurer wäre, ist eine unbewiesene Behauptung. Die unsinnige, administrative Belastung im Gesundheitswesen muss als Ganzes analysiert und reformiert werden.**

Auch hier sind nun bereits schon wieder 3 Jahre vergangen, ohne dass in Bundesbern wirklich entsprechend reagiert wurde!

Dreimal sollte man deswegen erneut kritisch hinterfragen: Weshalb?!

Im Gegensatz zu Hans-Ulrich Iselin bezeichne ich dies als «Strukturelle Korruption», die leider vor niemandem Halt macht, da unterdessen polit-ökonomisch vieles als selbstverständlich oder als «Gentleman Delikt» eingestuft und einfach politisch problemlos durchgewunken werden kann, da entsprechend verfilzt lobbyiert!



Es ist in der heutigen Zeit deswegen so sehr einfach geworden, praktisch jedem Leistungserbringer ein Fehlverhalten aufzeigen zu können. Dies führt leider dazu, dass 99% der Ärzteschaft schweigen, da man stets befürchten muss, gleichzeitig eines Fehlverhaltens überführt werden zu können, wenn man es wagen sollte, tatsächlich etwas zu kritisieren. Ja man riskiert so gleich unnötig existenzgefährdende Repressionen, was eben zum bekannten Schweigen, resp. der Akzeptanz dieses Treibens führt. Schliesslich hat man bisher ja stets auch davon profitiert.

Im Parlament braucht es zudem nur 2 unsachlich «strukturell korrupte» Interessensvertreter\*Innen, um die Stimme einer / eines Parlamentarier\*In, welche(r) in diesem politischen Umfeld noch möglichst sachlich versucht, in Bundesbern dieser «strukturell korrupten» mehrheitsfähigen Interessenspolitik mit fundierter Sachpolitik entgegnetreten zu können, sogleich wirkungslos werden zu lassen!

Wenn dann eben auch noch die «4. Gewalt» deren Pflichten und Aufklärung nicht wahrnimmt, einfach versagt, weil nicht wirklich politisch oder wirtschaftlich unabhängig agierend, muss man sich eben nicht wundern, wenn das Schweizer Gesundheitssystem aktuell an dessen Grenzen angelangt zu sein scheint, man vom bereits von dessen beginnenden Untergang spricht!

Da ist der aktuell publizierte Artikel zu den Fallpauschalen von «Infosperber» mit Urs P. Gasche mit dessen vorliegenden Zensur m.E. nur noch als sehr kritisch zu hinterfragendes Spiegelbild unseres rein ökonomisch auf Gewinn- und Profit eigennützig getrimmten Gesundheitssystems einzustufen.

## Quo Vadis, Schweizer Gesundheitssystem?!



Dies sollte tatsächlich ernsthaft zu denken geben, wenn wir das einzigartige Schweizer Gesundheitssystem mit dessen Finanzierungsstruktur dank ökonomisierter «Struktureller Korruption» unserer «Staats-» und «4. Gewalt» nicht endgültig mit Volldampf an die Wand fahren lassen wollen ...

Mit freundlichen Grüßen

Andreas Keusch  
*MEDVICE*  
*Patientenvertreter*  
*Sonnenhof 1*  
*8808 Pfäffikon SZ*