

Diagnosis Related Groups DRG Positionspapier des Schweizerischen Hebammenverbandes

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Die Stellung der Hebamme im Gesundheitswesen.....	3
Erklärungen zum System der DRGs.....	5
Was sind DRGs und wie werden sie ermittelt?.....	5
Einführung von DRGs in der Schweiz: SwissDRGs.....	7
Fazit.....	8
Thesen zu Auswirkungen der Einführung der DRG auf die Hebammenarbeit.....	9
Thesen zu Mechanismen des Systems.....	9
Thesen zu Auswirkungen auf die Hebammenarbeit.....	10
Mögliche Handlungsfelder des Hebammenverbandes.....	12
Literatur.....	14
Anhang.....	15
Hauptdiagnosegruppe (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 14: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Auszug).....	15
Hauptdiagnosegruppe (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 15: Neugeborene (Auszug).....	16

Zu diesem Papier

Das Papier soll dem SHV als Grundlage für die weitere interne und externe Kommunikation rund um das Thema der DRG dienen. Es soll damit sowohl zur Aufklärung und Sensibilisierung der eigenen Mitglieder beitragen als auch ein gezieltes, pro-aktives Handeln gegenüber diversen Partnern in Hinblick auf die Einführung der DRGs im Jahr 2012 ermöglichen.

Erarbeitung des Papiers

Das vorliegende Papier wurde im 2. Halbjahr 2009 durch die Geschäftsstelle und die Politikberaterin Miriam Wetter, mcw assistenz] & [koordination, ausgearbeitet und im November 2009 vom Zentralvorstand genehmigt. Im Rahmen von Expertisen wurde das Papier externen Fachpersonen vorgelegt:

- Monika Selow, Deutscher Hebammenverband DHV
- Willy Oggier, Gesundheitsökonomische Beratungen AG, Küssnacht
- Oliver Peters, directeur administratif et financier CHUV Lausanne.

Der SHV bedankt sich bei den genannten Personen herzlich für die wertvollen Rückmeldungen. Die Verantwortung für den definitiven Inhalt des Papiers liegt beim SHV.

Kontakt

Schweizerischer Hebammenverband SHV

Geschäftsstelle

Rosenweg 25 C

3000 Bern 23

Telefon 031 332 63 40

Fax 031 332 76 19

info@hebamme.ch

Bern, 5. Januar 2010, Zentralvorstand

„Als Expertinnen für Mutterschaft begleiten Hebammen werdende Mütter, Gebärende, Neugeborene und ihre Familien während der Schwangerschaft, der Geburt, der Zeit im Wochenbett und der Stillzeit. Als Gesundheitsfachleute kommen sie von der Familienplanungsphase über die ersten Wochen nach der Empfängnis bis zum vollendeten ersten Lebensjahr des Kindes und dem Abschluss der Rückbildungsprozesse bei der Frau zum Einsatz. Sie begleiten die Frau durch die gesamte Schwangerschaft und ziehen bei regelwidrigen Verläufen andere Fachpersonen hinzu.

*Die Hebammen tragen die Verantwortung für den Ablauf des Geburtsprozesses, vom Einsetzen der Wehen bis zur Geburt. Die AnästhesistInnen, GynäkologInnen, KinderärztInnen sowie weitere Fachpersonen kommen erst zum Einsatz, wenn sich Komplikationen abzeichnen.“ *Berufsprofil, www.hebamme.ch**

Einleitung: Die Stellung der Hebamme im Gesundheitswesen

Die Stellung der Hebamme im Gesundheitswesen unterscheidet sich von derjenigen der übrigen Berufsgruppen. Sie ist in einem klar definierten Tätigkeitsfeld mit einem hohen Autonomiegrad tätig. Dies muss bei der Diskussion möglicher Auswirkungen der DRG-Einführung beachtet werden:

- **Kein Krankheitsfall:** Die Geburt ist als wohl einzige Leistung innerhalb des DRG-Kataloges explizit keine Krankheit oder Pathologie irgendwelcher Art. Grundsätzlich ist eine Geburt ein physiologischer Prozess zweier gesunder Menschen (Mutter und Kind). Aufgaben, Prozesse und Abläufe rund um die Geburtshilfe unterscheiden sich damit grundsätzlich von allen anderen DRGs, bei denen Diagnosen vor der Einweisung gestellt wurden und eine Therapie dieser verfolgt wird.
- **Hebamme bei jeder Geburt:** Jede Geburt in der Schweiz wird von einer Hebamme begleitet. Der Hauptteil der Betreuung bei der Geburt geschieht durch die Hebammenarbeit.
- **Tätigkeit ohne ärztliche Anordnung:** Die Hebamme leitet die Geburt eigenverantwortlich und zieht nur bei Komplikationen weitere Fachpersonen dazu. Sie arbeitet nicht auf Anleitung oder Verordnung der Ärzte und verfügt damit über eine deutlich andere Stellung als beispielsweise die Pflege.
- **Unterschiedliche Tätigkeitsformen:** Hebammen arbeiten sowohl als Angestellte im stationären Bereich (‚Spitalhebammen‘), als auch als freiberufliche, selbständige Leistungserbringerin (Hausgeburten, Wochenbettbetreuung, Kurse, Schwangerschaftskontrolle). Zudem gibt es in der Schweiz rund 20 Geburtshäuser, die von Hebammen geleitet werden. Sowohl als Spitalhebamme, als Geburtshaushebamme als auch als freiberufliche Hebamme wird die Einführung der DRG ihre jeweils spezifischen Auswirkungen auf das Tätigkeitsfeld haben.
- **Beleghebammen:** Hebammen arbeiten auch als Beleghebammen, die basierend auf Vereinbarungen mit dem entsprechenden Spital deren Infrastruktur nutzen, jedoch ohne vom Spital angestellt zu sein. Die Abrechnung der Hebammenleistungen erfolgt entweder über das Spital oder direkt durch

die Hebamme an die Krankenversicherung. Die Situation dieser Hebammen ist vergleichbar mit der Situation der BelegärztInnen.

Erklärungen zum System der DRGs

Was sind DRGs und wie werden sie ermittelt?

Die Abkürzung DRG steht für Diagnosis Related Groups, zu deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen und bezeichnet ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem die PatientInnen aufgrund ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in eine Fallgruppe eingeteilt werden und entsprechend dieser Zuordnung die Leistungserbringer entschädigt werden.

Die Grundidee hinter dem System der Fallpauschalen ist eine Entschädigung, die sich am tatsächlichen Ressourcenaufwand orientiert. Dazu wird auf Grund der Kostendaten der Spitäler erhoben, was eine bestimmte Diagnose durchschnittlich kostet und diese Entschädigung dann für jeden Fall, der dieser Diagnose entspricht, ausbezahlt.

DRGs unterscheiden sich damit deutlich von Zeit- oder Einzelleistungstarifen:

- **Zeittarife** richten sich allein auf die für einen Eingriff, eine Behandlung oder Diagnose benötigte Zeit (z.B. Tarif für Spitexleistungen freiberuflich tätiger Pflegefachpersonen).
- Bei **Einzelleistungstarifen** wird jede Leistung (Diagnose, Behandlung oder chirurgischer Eingriff) einzeln aufgelistet und eine Wertrelation mit Taxpunkten festgelegt. Diese Tarife müssen ständig an die sich ändernden Möglichkeiten und Preise technischer Geräte angepasst werden. So enthält der sogenannte Tarmed („Tarif medizinischer Leistungen“) über 4600 Positionen (Wyler 2007:374ff).

Im stationären Bereich schreibt das KVG (Art. 34 KVG) Pauschaltarife vor - seien es

- **Tagesvollpauschalen** (bestimmter Betrag je Patient und Spitaltag),
- **Vollpauschalen nach Spitalabteilung** (Abteilungspauschalen: d.h. die Tagesvollpauschalen werden je Abteilung berechnet),
- **diagnosebezogene Pauschalen** (bei klarer Diagnose wird ein unabhängig vom Einzelfall festgelegter Preis bezahlt, unabhängig von Komplikationen, schneller Entlassung o.ä.) oder
- eine **Kombination aus Medizinpauschale und Tagesvollpauschale** (für die medizinischen Leistungen wird eine Abteilungspauschale vereinbart und jeder Pflage-tag zusätzlich separat mit einer Pflegepauschale verrechnet).

DRGs sind diagnosebezogene Fallpauschalen, also Patientenklassifikationssysteme. Patienten oder Behandlungspfade werden zu Gruppen zusammengefasst, die hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Kriterien möglichst einheitlich sind (z.B. Aufenthaltsdauer, medizinischer Aufwand, Pflegebedarf, Kosten). „Vereinfacht bedeutet dies: Jede Hospitalisation wird

auf Grund der Diagnose und Behandlung, des Alters, des Geschlechts sowie möglicher Begleiterkrankungen und/oder Komplikationen einer Fallgruppe (DRG) zugeordnet. Die einzelnen Gruppen werden mit sogenannten Kostengewichten zueinander ins Verhältnis gesetzt. Durch Multiplikation des Kostengewichts mit einem Basispreis erhält man die Fallpauschale zu jeder DRG und damit die leistungsbezogene Abgeltung für die stationäre Behandlung samt Aufenthaltskosten." (Wyler 2007:378)

→ Basispreis x Kostengewicht = Fallentschädigung

- **Kostengewicht:** Jede DRG-Fallgruppe hat ein bestimmtes Kostengewicht (CW, Cost Weight), welches anzeigt, wie hoch der durchschnittliche Behandlungsaufwand für Patienten dieser Fallgruppe ist, verglichen mit dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand für alle behandelten Patienten in der Schweiz.
- **Basispreis:** Die Tarifpartner bestimmen einen Basispreis, dieser kann sich nach Spitalgruppen und/oder Versorgungsstufen unterscheiden. In der Schweiz wird ein Basispreis üblicherweise für die Spitäler eines bestimmten Kantons gelten, ob eine Unterscheidung nach Versorgungsstufe eingeführt wird, ist noch unklar (Malk et al. 2006: 77).

Kriterien: Die Zuordnung zu einer DRG richtet sich im Wesentlichen nach:

- Hauptdiagnose und Nebendiagnosen
- Haupttherapien (Prozeduren) und Nebentherapien
- Geschlecht und Alter des Patienten
- Geburtsgewicht bei Neugeborenen

Die Faktoren sollen den Gesundheitszustand eines Patienten anhand eines Schweregrads, der sogenannten Fallschwere abbilden. Aus dieser Fallschwere ergibt sich das Kostengewicht für eine DRG. Die dazu notwendigen Daten werden über das Bundesamt für Statistik und die AG SwissDRG sowie durch Rückgriffe auf Daten aus Deutschland erhoben.

Die Berechnung der Fallschwere bzw. DRG wird von einem maschinellen Sortierungssystem, einem sogenannten „Grouper“ vorgenommen, indem er alle Kombinationsmöglichkeiten von Alter, Eintritt, Austritt und Erkrankungen mit Therapien prüft und sortiert (Malk et al. 2006: 17ff.).

Die Fallentschädigung wird schliesslich den Spitälern ausbezahlt, welche die Mittel dann intern verteilen, sei es für die Löhne der Ärzte, des Pflegepersonals, der Hebammen etc. oder Material- und Infrastrukturkosten usw.

Einführung von DRGs in der Schweiz: SwissDRGs

2004 gründeten Organisationen des schweizerischen Gesundheitswesens (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse, Medizinaltarifkommission MTK, FMH, Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK) den Verein SwissDRG. 2008 wurde dann die SwissDRG AG gegründet, eine gemeinnützige Aktiengesellschaft, die in Zukunft die Tarifstruktur in den Spitälern vereinheitlichen und damit auch für die Patienten übersichtlicher und transparenter machen soll (www.swissdrg.org).

Momentan liegt das Handbuch SwissDRG Version 0.1 vor. Es basiert auf den German Diagnosis Related Groups Version 2006 G-DRG und enthält eine erste Anpassung an die Versorgungssituation in der Schweiz. SwissDRG 0.1 ist ein erster Schritt zu einer robusten Tarifstruktur für akutstationäre Leistungen in der Schweiz. Weitere Anpassungen werden zu einer einsetzbaren Tarifversion 1.0, voraussichtlich für das Jahr 2011, führen (www.swissdrg.org). Die DRGs werden mithilfe eines jährlichen Antragsverfahrens laufend verbessert.

Die Übergangsbestimmungen zur Änderung des KVG (Spitalfinanzierung) vom 21. Dezember 2007 legen fest, dass die **Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen bis spätestens am 31. Dezember 2011** abgeschlossen sein muss (III Übergangsbestimmungen, Abs. 1¹).

Mit der Einführung der SwissDRGs wird die Schweiz im stationären Bereich der akut-somatischen Spitäler erstmals über eine national einheitliche Tarifstruktur verfügen. Die Struktur wird somit das erste Mal vereinheitlicht. In der Auszahlung werden Unterschiede bestehen bleiben, da regionale und ev. nach Versorgungstyp differenzierte Baserates vorgesehen sind. Dies ist vergleichbar mit der aktuellen Situation im ambulanten Bereich, in der die Taxpunkte für alle Leistungen in der Schweiz dieselben sind, jedoch auf Grund kantonal unterschiedlicher Taxpunktwerte zu unterschiedlichen Vergütungen der Leistungen führen.

¹ Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) (Spitalfinanzierung). Änderung vom 21. Dezember 2007: <http://www.admin.ch/ch/d/as/2008/2049.pdf>, Einsicht am 22.07.2011

Fazit

Aufgrund obiger Ausführungen ist es wichtig, drei Grundsätze festzuhalten

1. Die DRGs werden nur im Rahmen der Spitäler und voraussichtlich bei den Geburtshäusern eingeführt. Die Finanzierung der ambulanten Leistungen ist davon nicht direkt betroffen, jedoch sind Auswirkungen auf den ambulanten Bereich zu erwarten.²
2. Die Fallentschädigungen fliessen an das Spital.
3. Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt nach Abschluss eines stationären Aufenthalts anhand aller Diagnosen und Eingriffe. Sie wird zudem von einer reinen Sortierungssoftware vorgenommen, die aufgrund objektiver und während dem Prozess gleichbleibender Kriterien arbeitet.

Somit lässt sich bezüglich des Systems und seiner Einführung folgendes Fazit ziehen:

- **DRGs kommen:** Die Einführung der DRGs ist beschlossen, sie werden gemäss Planung ab 1.1.2012 schweizweit eingesetzt. Es gilt also, den Prozess zu beobachten und wo nötig und möglich, mitzugestalten.
- **Keine strukturelle Berücksichtigung der Hebammen:** Die AG SwissDRG, die das neue Tarifsysteem ausarbeitet, wird getragen von Kantonen, Krankenkassen und Ärzteschaft. Die Hebammen sind in der Organisationsstruktur nicht vertreten und haben kein gesichertes Stimmrecht. Dies betrifft sowohl die Spitalgeburtshilfe als auch die Geburtshäuser
- **Relationen wahren:** Die Einführung von DRG wird eine Veränderung im Spitalalltag mit sich bringen, sie bleibt aber primär ein Abrechnungssystem, das medizinische Entscheidungen nicht beeinflussen sollte. Die Entlohnung für eine Spitalhebamme hängt nicht von der Zuordnung der von ihr behandelten Patientinnen zu gewissen DRGs ab, da das Geld an das Spital und nicht direkt an die Hebamme fliesst. Um auf allfällige Auswirkungen auf die medizinische Arbeit reagieren zu können, braucht es eine Begleitforschung, die bereits heute im alten System einsetzt sowie ein fortlaufendes Monitoring.
- **Gemachte Erfahrungen berücksichtigen:** Bereits heute wird in der Westschweiz und im Tessin sowie in einigen Deutschschweizer Kantonen mit DRGs abgerechnet. In einem Grobvergleich sind keine wesentlichen Unterschiede zwischen DRG-Kantonen und Nicht-DRG-Kantonen feststellbar, weder was die Spitalarbeit allgemein noch was die Indikatoren der Geburtshilfe (Bsp. Kaiserschnitttrate) betrifft.

² Die Einführung ist für 2012 in somatischen Akutspitälern geplant. In diesem Zusammenhang wird auch die Definition von ambulanten Leistungen in Spitälern angepasst (z.B. Aufhebung des Begriffs *teilstationär*).

Thesen zu Auswirkungen der Einführung der DRG auf die Hebammenarbeit

Das Fazit des ersten, erklärenden Teils hält fest, dass die DRGs nicht für alles verantwortlich gemacht werden dürfen und man bei der Debatte um mögliche Folgen dieser Finanzierungsumstellung die Realität nicht aus den Augen verlieren darf. Neues macht häufig Angst und grosse Befürchtungen sind schnell verbreitet. Der Schweizerische Hebammenverband nimmt diese ernst und möchte durch eine seriöse Analyse mögliche, realistische Auswirkungen identifizieren und darauf basierend handeln. Dabei soll nicht die Angst, sondern der Gestaltungswille im Vordergrund stehen.

Thesen zu Mechanismen des Systems

Jedes System hat seine Anreize, Vor- und Nachteile. Das Fallpauschalen-System der SwissDRG kann folgende Mechanismen mit sich bringen:

- **Abteilungsgrössen:** Grössere Abteilungen können besser mit Fallpauschalen arbeiten, weil sich bei hoher Fallzahl die durchschnittlichen Kosten der Abteilung den schweizweit durchschnittlichen Kosten für die behandelten Fälle angleichen (DRG-Entschädigung basiert auf Berechnungen der durchschnittlichen Kosten).
- **Vorteil für strukturierte Prozesse:** Interessant sind diejenigen Interventionen, die möglichst strukturiert und daher sowohl betreffend Ressourcen- als auch Zeitaufwand klar einzuschränken und im Voraus bestimmbar sind. Bei dieser Art von Interventionen werden die Kosten gut in den DRGs abgebildet. Das Spital weiss, dass es diese mindestens kostendeckend und bei guter Durchführung und rascher Entlassung sogar gewinnbringend abwickeln kann. Besonders schwierig wird die Kostendeckung bei unstrukturierten, stark variierenden Prozessen.
- **Transparenz:** Durch die einheitliche Erhebung der Codierungen können Leistungen und angewendete Interventionen schweizweit verglichen werden. Zum heutigen Zeitpunkt ist noch offen, ob diese Zahlen tatsächlich publiziert werden. Sollte dies geschehen, so fällt es auf, wenn ein Spital gewisse Interventionen auffällig häufig verwendet. Unabhängig von der Publikation der Zahlen wird der Druck zur Kostensenkung für die Spitäler hoch sein, da durch Vergleiche mit anderen Spitalern ein Benchmarking möglich sein wird, das unabhängig von der PatientInnenzusammensetzung, Spitalklasse und anderen möglichen Einflussfaktoren den billigsten Anbieter als anzustrebenden Richtwert definieren wird.

- **Anreiz zu gut entschädigten Fällen:** Die Spitäler werden ihren Gewinn zu optimieren versuchen, indem sie möglichst viel von denjenigen Interventionen durchführen, die kostendeckend oder gar gewinnbringend durchgeführt werden können.³
- **Aufenthaltsdauer:** Das heutige System mit den Tagespauschalen setzt Anreize für eine lange Aufenthaltsdauer. Das neue DRG-System wird die Anreize so setzen, dass für eine Gewinnoptimierung eine frühe Entlassung gesucht wird.⁴ Erfahrungen in Deutschland zeigen auch, dass bereits im vorgeburtlichen Bereich weniger stationäre Leistungen von den Spitälern erbracht werden und die Betreuung von Risikoschwangeren teilweise zu den frei praktizierenden Hebammen in den ambulanten Bereich verlagert werden.

Thesen zu Auswirkungen auf die Hebammenarbeit

- **Schliessung kleiner Geburtsabteilungen,** da sich die Kostenstruktur bei kleiner Fallzahl nicht dem statistischen Durchschnittswert angleicht. Stellt Hebammen frei, die plausiblerweise zu einem Teil an grössere Geburtsabteilungen sowie in die frei praktizierende Tätigkeit wechseln werden.
- **Kaiserschnitte** sind klar strukturierte, begrenzte Eingriffe, deren Ressourcen- und Zeitaufwand wohl gut in der DRG-Entschädigung abgegolten wird. Die Verlaufsunsicherheiten und Abweichungen vom Durchschnittsfall sind bei der vaginalen Geburt ungleich höher. Das macht den Kaiserschnitt für die Spitäler wohl eher attraktiver.
- Bereits heute geschieht die Entlassung immer früher, mit den DRGs wird dieser Trend wohl noch verstärkt, was die Nachfrage nach **Wochenbettbetreuung** verstärken wird. Zudem nimmt ein immer grösserer Anteil von Frauen das Angebot des Wochenbettes in Anspruch (1995 waren es noch 8.6% aller Frauen, 2007 bereits 54% [Zahlen SHV Kanton Zürich und Umgebung]). Bereits heute herrscht in einigen Regionen eine Hebammenknappheit für die Wochenbettbetreuung.
- **Veränderungen in der Versorgung eröffnen Chancen für neue Modelle.** Die Veränderungen durch die Einführung der DRGs wird zu Angebotslücken führen, die die Hebammen zu nutzen versuchen können: Schliessungen von kleineren Geburtsabteilungen beispielsweise ermöglichen die Lancierung

³ Dieser Mechanismus wird erst nach einigen Jahren zum Tragen kommen, da am Anfang noch mit relativ vielen jährlichen Anpassungen zu rechnen ist, die solche Optimierungsstrategien erschweren.

⁴ Entscheidend wird dabei die zum heutigen Zeitpunkt noch offene Frage der Aufnahme- und Entlassungsregelung sein: Ab wie vielen Stunden nach Spitalaustritt kann eine Patientin als neuer Fall aufgenommen werden, bzw. bis wann muss das Spital die Patientin wieder unter demselben DRG aufnehmen. Können die Spitäler bereits nach relativ kurzer Zeit einen erneuten Fall abrechnen, sind die Anreize zur Frühentlassung hoch.

von lokalen Angeboten durch Hebammen und anderen PartnerInnen, um die weiterhin bestehende Nachfrage nach örtlich nahen Angeboten zu decken. Weniger Leistungen der Spitäler sowohl pränatal als auch postpartal eröffnen Möglichkeiten für Hebammen, diese Leistungen zu erbringen.

- **Auswirkungen auf Beleghebammen-System:** Heute ist noch offen, in welcher Art und Weise BelegärztInnen und Beleghebammen in das System integriert werden. Grundsätzlich bestehen zwei Möglichkeiten:
 - a) Finanzierung über das Spital: Das Spital erhält normal eine DRG-Entschädigung für den Fall und reicht einen Teil dieses Geldes an die Beleghebamme weiter. Wie gross dieser Anteil ist, wird in Verhandlungen zwischen der Beleghebamme und dem Spital entschieden.
 - b) Das Spital erhält für einen Fall, der von einer Beleghebamme behandelt wurde, weniger Geld als für einen nur vom Spitalpersonal behandelten Fall, von der DRG-Pauschale wird also etwas abgezogen. Wie hoch dieser Abzug ist, wird im Rahmen des Aufbaus der DRG-Struktur entschieden⁵. Die Beleghebamme rechnet danach selbständig mit der Krankenkasse und möglicherweise dem Kanton ab. Wie hoch ihre Entschädigung ist, hängt von den Verhandlungen mit diesen Akteuren ab.
 - c) Je nach Ausgestaltung der Systeme und je nach Höhe der Abzüge bzw. Entschädigungen der diversen Akteure können Anreize entstehen, die zu mehr oder weniger Beleghebammen führen. In Deutschland beispielsweise führte im oben dargestellten Modell b) ein vergleichsweise tiefer Abzug für die Spitäler dazu, dass viele Spitäler verstärkt mit Beleghebammen anstatt angestellten Hebammen arbeiteten.

⁵ Voraussichtlich werden auch hier basierend auf den Zahlen der Referenzspitäler Abzüge definiert, ergänzt durch allfällige Angaben des Bundesamtes für Statistik sowie durch Zahlen des deutschen Systems.

Mögliche Handlungsfelder des Hebammenverbandes

1. Berücksichtigung der Anliegen der Hebammen bei SwissDRG klären: Die Hebammen sind nicht in die Erarbeitung der SwissDRGs miteinbezogen. Dies ist sowohl hinsichtlich der Spitalgeburtshilfe als auch der Geburtshäuser stossend, insbesondere da Antrags- und Mitspracherechte auf die Mitglieder der Aktiengesellschaft beschränkt sind. Der SHV fordert die AG SwissDRG auf, Modelle für eine angemessene, gesicherte Mitsprache zu präsentieren.

Zudem sollen konkret folgende Punkte bei der Erarbeitung und Umsetzung des SwissDRG-Systems beachtet werden:

- Für eine allfällige Anwendung der DRG in den Geburtshäusern muss eine verhältnismässige Lösung gefunden werden, die der Tatsache entspricht, dass die Geburtshäuser nur einen sehr kleinen Teil der DRGs benutzen werden und es sich dabei erst noch um die atypischen geburtshilflichen, nicht-pathologischen Prozesse handelt.
- Die Hebammenleistung müssen durch separate Aufführung und direkte Nachvollziehbarkeit bei allen relevanten Einsatzbereichen der Hebammen korrekt und vollumfänglich erfasst werden⁶.
- In die Diskussionen rund um die Regelungen der Belegärzte müssen auch die Beleghebammen integriert werden.

2. Sicherstellung der korrekten Fallkostenberechnung: Wie werden die Ressourcen pro Fall gemessen? Werden die ganzen Vorhalteleistungen, die erbracht werden müssen, um überhaupt vaginale Geburten zu ermöglichen, in den Ressourcen für eine vaginale Geburt berücksichtigt (24h/7Tage-Dienst, Bereitschaft Neonatologie, Anästhesie etc.)? Zentral ist dabei auch die Erfassung der Hebammenleistung durch die aktuellen Swiss-DRG-Referenzspitäler (wie werden sie erfasst; wie informiert sind die Hebammen, dass ihre Zahlen die Grundlage für die nationalen DRGs sein werden).

3. Herstellen von Transparenz betreffend Eingriffen unter der Geburt (Kaiserschnitt): Inwieweit ist Transparenz vorgesehen? Inwieweit ist eine Begleitforschung aufgrund der Codierungen etc. geplant (Beobachtung Entwicklung Kaiserschnitttrate für jedes einzelne Spital)?

4. Sicherstellung des Monitorings und der Begleitforschung: Mögliche Auswirkungen der Einführung der DRGs können nur nachvollzogen werden, wenn die Begleitforschung im heutigen System einsetzt. Der SHV fordert den Bund auf, diese zu realisieren und dabei auch das Augenmerk auf den Bereich der Geburt zu lenken, der exemplarisch für andere Bereiche

⁶ In Deutschland beispielsweise waren die Hebammenleistungen nur nachvollziehbar, wenn die Frau dabei den Gebärsaal benutzte; ging die Hebamme auf die Station oder in den Operationsbereich, wurde dies nicht als Hebammenleistung erfasst, was zu deutlich zu tiefen Hebammenkosten führte.

stehen kann (Grad der Technisierung, Veränderungen Interventionsdichte etc.).

Neben der häufig längerfristig angelegten Begleitforschung muss auch ein zeitnahes Monitoring eingeführt werden, das rasch einen Überblick über die Entwicklungen liefert. Dabei sollen für den Bereich Geburt folgende Indikatoren berücksichtigt werden:

- Anteil Kaiserschnitte / alle Geburten
- Anteil Geburten mit Komplikationen / alle Geburten
- Anteil PatientInnen mit zusätzlichen Beratungsleistungen vor/nach der Geburt
- Anteil gesunde Neugeborene / alle Neugeborenen
- Etc.

5. Pro-aktives Handeln im ambulanten Bereich hinsichtlich erhöhter

Nachfrage: Wie kann die Arbeit der frei praktizierenden Hebammen verbessert werden, sowohl für die Hebammen (Burnout-Gefahr reduzieren, Pikettdienstaufteilen, Teamarbeit, regionale Aufteilungen um Aufwand zu reduzieren, Vorbeugung Hebammenmangel) als auch für die Frauen (Absicherung, dass eine frei praktizierende Hebamme zur Verfügung steht, dass immer jemand erreichbar ist, einfache Suche über eine Anlaufstelle) und damit auch privaten und öffentlichen Geldgebern die Möglichkeit gegeben wird, das Angebot zu unterstützen?

→ Z.B.

- i. bestehende Modelle der Hebammenzentralen (ZH, GE) analysieren, Prozess einleiten, um Organisationsmodelle aufzuziehen und die Regionen vorzubereiten,
- ii. frei praktizierende Tätigkeit und Wochenbettbetreuung an Schulen gut einbetten, insbesondere auch über bezahlte Praktika bei frei praktizierenden Hebammen die mit der heutigen Fachhochschulfinanzierung nicht möglich sind.

6. Proaktives Handeln im stationären Bereich: Durch Angebotsveränderungen werden Marktteile frei, die die Hebammen mit eigenen Angeboten zu nutzen versuchen können. Neue Versorgungsmodelle beispielsweise der Nachsorge können aufgebaut werden (vgl. Patientinnenhotels in Schweden und Deutschland, Konzepte von lokalen Gesundheitszentren).

7. Vertiefung und Weiterverfolgung der Entwicklung: Wurden die obengenannten Mechanismen in der Romandie festgestellt? Oder in Deutschland? Oder in anderen Ländern?

Literatur

Malk, Rolf, Thorsten Kampmann und Peter Indra (Hrsg.) (2006): *DRG-Handbuch Schweiz. Grundlagen, Anwendungen, Auswirkungen und praktische Tipps für Anwender*. Bern: Verlag Hans Huber.

Wyler, Daniel (2007): „Tarife“. In: Kocher, Gerhard und Willy Oggier (Hrsg.): *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht*. 3. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Anhang

Hauptdiagnosegruppe (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 14: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett⁷ (Auszug)

MDC 14 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

O01A	O	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01B	O	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen
O01C	O	Sectio caesarea ohne mehrere komplizierende Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 vo. Wochen oder ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer bis 33 vo. Wochen
O01D	O	Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O01E	O	Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O02A	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O02B	O	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O03Z	O	Extrauterin gravidität
O04Z	O	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur
O05A	O	Cerclage und Muttermundverschluss
O05B	O	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss
O40Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O60A	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen
O60B	M	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen
O60C	M	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose
O60D	M	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose
O61Z	M	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur
O62Z	M	Drohender Abort
O63Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie
O64A	M	Frustrane Wehen, mehr als ein Belegungstag
O64B	M	Frustrane Wehen, ein Belegungstag
O65A	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit intrauteriner Therapie des Feten
O65B	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne intrauterine Therapie des Feten, mit äußerst schweren oder schweren CC
O65C	M	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne intrauterine Therapie des Feten, ohne äußerst schwere oder schwere CC

⁷ Quelle: Handbuch SwissDRG Version 0.1, Band 1:
http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.pdf,
Einsicht am 22.07.2011

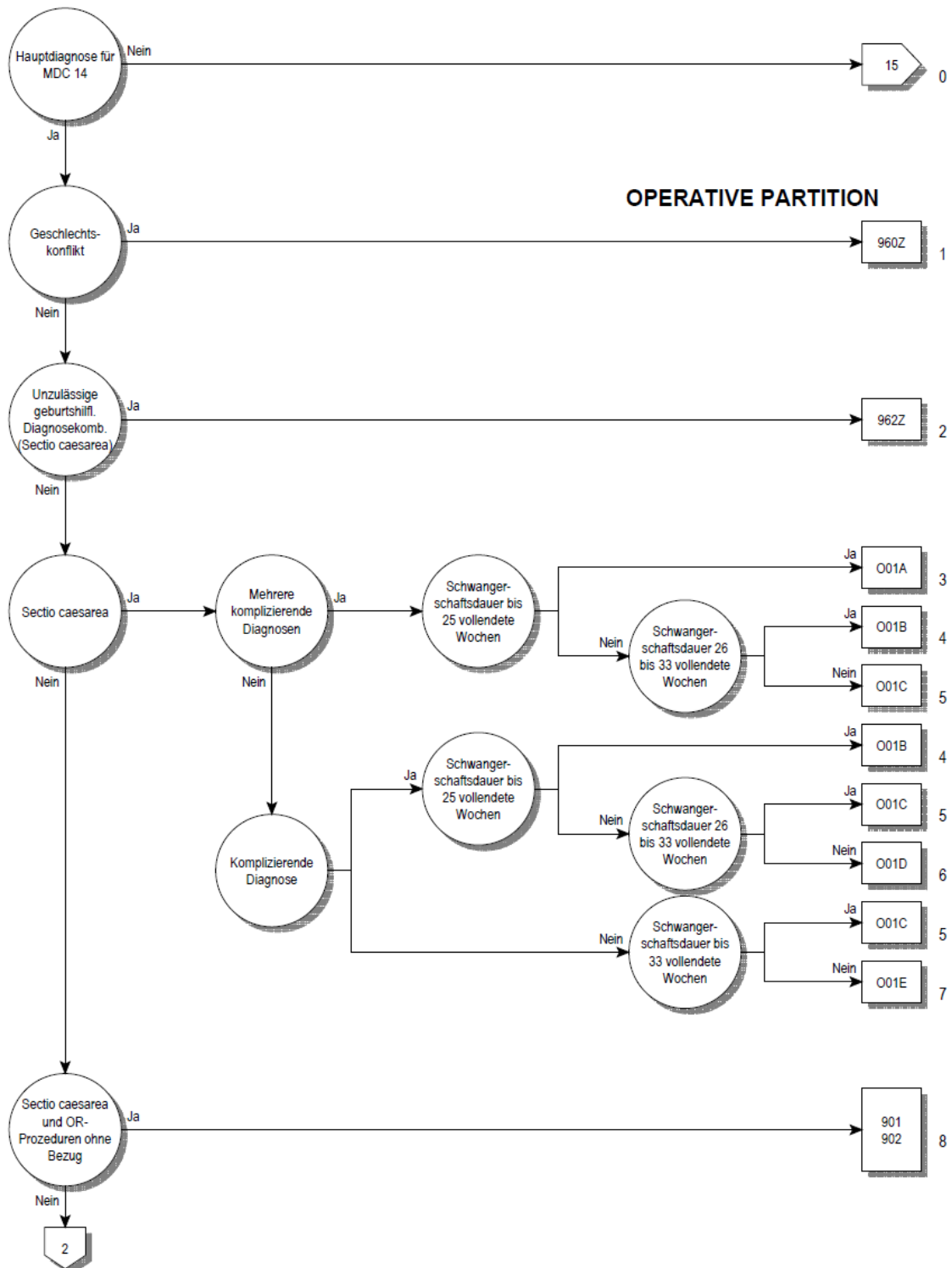
**Hauptdiagnosegruppe (MDC: Major Diagnostic Category) MDC 15:
Neugeborene8 (Auszug)**

MDC 15 Neugeborene

- P01Z O Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur
- P02A O Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen mit Beatmung > 143 Stunden
- P02B O Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden
- P03A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 479 Stunden
- P03B O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden
- P03C O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme
- P04A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden
- P04B O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden
- P04C O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme
- P05A O Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, Beatmung > 120 Stunden

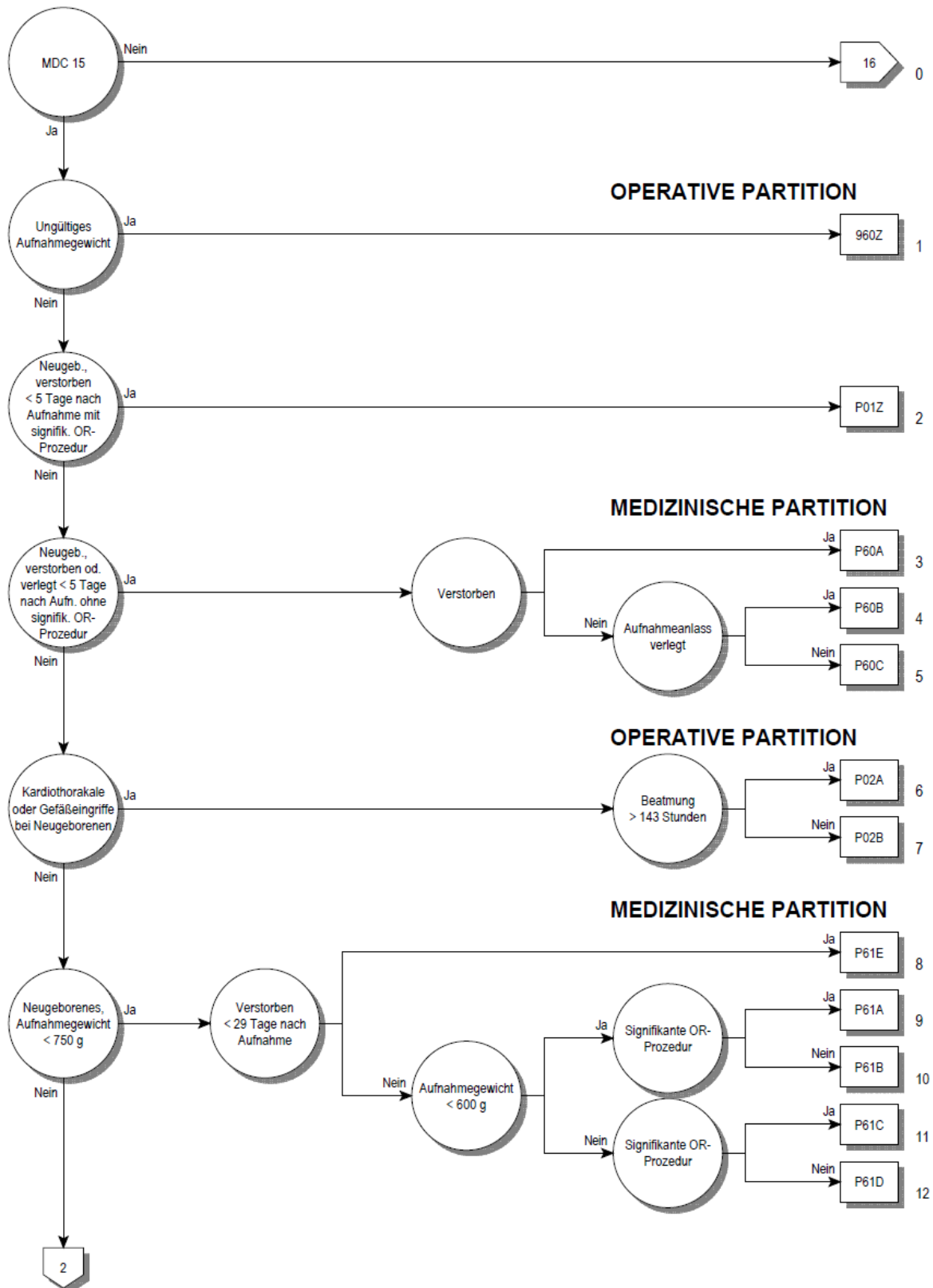
⁸ Quelle: Handbuch SwissDRG Version 0.1, Band 1:
[http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.p](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.pdf)
[df](http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band1_080711.pdf), Einsicht am 22.07.2011

Flussdiagramm für die Hauptdiagnose MDC 14: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (Ausschnitt)⁹



⁹ Quelle: Handbuch SwissDRG Version 0.1, Band 3:
http://www.swissdr.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band3_080711.pdf,
 Einsicht am 22.07.2011

Flussdiagramm für die Hauptdiagnose MDC 15: Neugeborene (Ausschnitt)¹⁰



¹⁰ Quelle: Handbuch SwissDRG Version 0.1, Band 3:
http://www.swissdrq.org/assets/pdf/Erhebung2008/DefHandbuch_SwissDRG_01_Band3_080711.pdf,
 Einsicht am 05.01.2010