

# Intensivmedizin als Kostenfaktor

**Wie lange soll eine Therapie weitergeführt werden?**

**Die Intensivmediziner sind manchmal auch Gatekeeper.**

**Dabei stehen auch sie unter Kostendruck. Die Qualität**

**zu steigern, ist der einzige**

**Weg, in der Intensivmedizin**

**noch Kosten zu reduzieren.**

**Interview mit Reto Stocker,**

**Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen**

**Gesellschaft für Intensiv-**

**medizin.**

**Interview von Renate Bonifer**

Die Intensivstation ist ein wesentlicher Kostenfaktor im Spital, doch ist die moderne Spitzenmedizin ohne sie undenkbar. In der Schweiz beträgt die durchschnittliche Liegedauer auf der Intensivstation nur etwas mehr als zwei Tage, in vergleichbaren Ländern wie zum Beispiel Österreich eine ganze Woche. Wir sprachen mit Reto Stocker, Professor und Leiter der Abteilung Chirurgische Intensivmedizin am Universitätsspital Zürich und Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin, über Kostenfragen und die gesundheitspolitische Rolle der Intensivmedizin in der Schweiz.

*Managed Care: Herr Professor Stocker, welche Kosten verursachen die Intensivstationen im Spital?*

**Reto Stocker:** Nach den relativ spärlich vorliegenden Daten bewegen sie sich in der Grössenordnung zwischen 10 und 20 Prozent der Spitalkosten.

*MC: Das ist ein erheblicher Posten. Versuchen die Spitäler, insbesondere hier zu sparen?*

**Stocker:** Ich denke, dass man künftig versuchen wird, auch diesen Kostenfaktor zu reduzieren. Das hat jetzt schon begonnen. Zum Teil ist das Sparen aber relativ schwierig, weil ein grosser Anteil durch Personalkosten verursacht wird und weil die Auslastung, zumindest der grossen Intensivstationen, über die Jahre immer mehr zugenommen hat. Wenn man die Prognosen aus Deutschland sieht, ist davon auszugehen, dass man in den nächsten 20 Jahren die Intensivkapazität verdoppeln muss. Das heisst, die einzige Möglichkeit Kosten zu reduzieren, besteht darin, die Qualität der Intensivbehandlung zu verbessern.

*MC: Wie ist das zu verstehen? Sind noch kürzere Liegezeiten das Ziel?*

**Stocker:** Das wäre vielleicht ein Endprodukt. Ich glaube das allerdings nicht, weil über die nächsten Jahre die Patienten aus demografischen Gründen immer komplexer werden. Ich glaube, die Qualität verbessern kann man, wenn Leute mit entsprechender fachlicher Qualität auf Intensivstationen arbeiten. Wir müssen eine Intensivmedizin betreiben, die den Kriterien der Evidence based Medicine so weit wie möglich genügen kann.



Reto Stocker

*MC: Ist denn das zurzeit nicht der Fall?*

**Stocker:** Die Intensivmedizin ist sicher eines der Fächer, das sich auch wissenschaftlich am meisten um die Evidenz bemüht. Andererseits sind die Fälle so komplex, dass viele Fragen immer noch offen sind. Zumindest in der Schweiz haben wir auf die Behandlungsqualität und die Qualitätssicherung seit je sehr viel Wert gelegt. Ob das auch in Zukunft garantiert werden kann, hängt allerdings auch davon ab, wie die Zukunftsaussichten der Intensivmediziner sind.

*MC: Wie sehen Sie die Zukunftsaussichten der Intensivmediziner?*

**Stocker:** Es wird wahrscheinlich so sein, dass auf der einen Seite die Zentrumsspitäler einen vermehrten Bedarf haben werden und dass möglicherweise ein Teil der kleineren Intensivstationen à la longue geschlossen wird, wenn sie nicht spezielle Aufgaben erfüllen können. Angesichts der Demografie und der medizinischen Entwicklung denke ich,

dass man insgesamt einen zunehmenden Bedarf an hoch qualifizierten Intensivmedizinerinnen haben wird. Auf der anderen Seite besteht eben dieser zunehmende finanzielle Druck, sodass das Verteilen des Kuchens möglicherweise auch zuungunsten der Intensivmediziner ausgehen kann, wenn wir uns hier nicht massiv wehren.

**MC:** *Wie wird der Kuchen zurzeit verteilt?*

**Stocker:** Die Kuchenverteilung ist aus unserer Sicht nach wie vor relativ schlecht geregelt. So werden intensivmedizinische Leistungen beispielsweise im Tarmed sehr schlecht bewertet, weil verschiedene Faktoren zu wenig berücksichtigt worden sind und zum Teil eben auch die Tarifierung von Leuten, die nicht aus der Intensivmedizin stammen, manipuliert worden ist. Wenn die Tarmed-Leistungs-Abgeltung in der Form, wie sie jetzt ist, in Zukunft für die Honorierung intensivmedizinischer Leistungen verwendet würde, dann sehe ich für die Zukunft der Intensivmedizin schwarz.

**MC:** *Aber Tarmed ist ja eigentlich kein Spitaltarif...*

**Stocker:** Ja, es ist eigentlich etwas Absurdes, dass wir uns als Intensivmediziner mit dem Tarmed befassen müssen. Der Tarmed ist eigentlich ein ambulanter Tarif und trotzdem im Moment der einzige Tarif, der je für die Intensivmedizin geschaffen worden ist – obwohl Intensivmedizin mit Garantie nicht ambulant betrieben werden kann. Wir befürchten aber, dass dieses Tarmed-Werk für die Intensivmedizin letztlich für die Tarifierung in anderen Systemen beigezogen wird, zum Beispiel für DRG<sup>1</sup> und so weiter.

**MC:** *Sehen Sie das DRG-System für die Intensivmedizin eher als Chance oder eher als Bedrohung?*

**Stocker:** Ich denke, wenn man aus den Fehlern lernt, die in Deutschland nach der Einführung des DRG gemacht worden sind, könnte das

für die Intensivmedizin durchaus auch eine Chance sein. Wenn man das nicht tut und ein DRG-System übernimmt, das die intensivmedizinischen Leistungen und andere Kostenausreisser wie zum Beispiel Implantate und sehr teure Medikamente nicht oder sehr schlecht abbildet, wird es für alle Beteiligten unangenehm. Dann wird es innerhalb der Spitäler zu einem echten Verteilungskampf um diese Fallpauschalen kommen, und die Unterdeckung zu Lasten der öffentlichen Hand und natürlich auch der Intensivmediziner wird sicher zunehmen.

**MC:** *Sie sind Präsident der Tarifkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Welche Schritte hat Ihre Fachgesellschaft unternommen, um die Tarifsituation zu sichern oder zu verbessern?*

**Stocker:** Wir haben versucht, mit allen Partnern, die in dieser Tariffdiskussion beteiligt sind, ins Gespräch zu kommen und sie für die Anliegen der Intensivmedizin zu sensibilisieren. Im Gesamtkontext der Gesundheitskosten wird die Intensivmedizin auch in ihrer Rolle als Triageur künftig eine recht grosse Rolle spielen. Man hat uns zwar von überall her sehr viel Verständnis entgegengebracht, aber eigentlich haben wir bis jetzt im Bereich der Tarifierung praktisch noch nichts bewegen können.

**MC:** *Haben Sie hier für die Zukunft eher ein gutes Gefühl oder eher ein schlechtes?*

**Stocker:** Für die nähere Zukunft habe ich eher ein schlechtes Gefühl, und zwar einfach deshalb, weil in diesem ganzen Tummelfeld deutlich besser sichtbare Protagonisten mitspielen. Die Intensivmedizin hat sich immer vor allem darauf konzentriert, möglichst gute Arbeit zu leisten und darum zu lange Zeit die Fragen im Zusammenhang mit Tarifen vernachlässigt. Jetzt kommen wir erst als Nachzügler in die Debatte. Es besteht im Moment das absolute Bestreben, die Kosten im Gesundheitswesen zu reduzieren, und das wird relativ undifferenziert ange-

setzt. Da sehe ich kurzfristig nur wenig Chancen für uns, etwas zu beeinflussen. Wenn wir aber verständlich machen können, welche Rolle wir im gesamten Spitalkontext spielen, ist es möglich, dass man unsere Bedürfnisse langfristig etwas besser berücksichtigt. Wir werden möglicherweise noch zu extrem wichtigen Partnern auch für Gesundheitspolitiker.

**MC:** *Welche Rolle ist hier gemeint?*

**Stocker:** Heute ist es ja so, dass bei der Planung von Interventionen, gerade im Vorfeld der chirurgischen Indikationsstellung und so weiter, entweder nicht die Zeit, nicht die Möglichkeit oder nicht der Wille besteht, sich Gedanken über den Sinn der Intervention in jedem einzelnen Fall zu machen. Das heisst, dem Intensivisten kommt immer mehr auch die Rolle zu, die Diskussion zu initiieren, ob und wie lange und mit welchen Mitteln eine Therapie weitergeführt werden soll. Ich denke, das ist eine sehr wichtige Diskussion, denn wenn man sie nicht führt, wird das Gesundheitswesen in sehr kurzer Zeit absolut unbezahlbar.

**MC:** *Sie sehen den Intensivmediziner also als eine Art Gatekeeper in Kostenfragen?*

**Stocker:** Ja, das sehe ich absolut so. ■

**Interview:**

**Dr. Renate Bonifer**

Redaktorin

Rosenfluh Publikationen AG

Schaffhauserstrasse 13

8212 Neuhausen

E-Mail: [renate.bonifer@rosenfluh.ch](mailto:renate.bonifer@rosenfluh.ch)

<sup>1</sup> DRG = Diagnose Related Groups; auf Indikationen beruhendes Fallpauschalen-System