

Zeitschrift: Physioactive
Herausgeber: Physioswiss / Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 47 (2011)
Heft: 1

Artikel: DRG und Physiotherapie : Mehrwert oder Rationierung? = DRG et physiothérapie : atout ou rationnement?
Autor: Ruff, Kristina
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-928433>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 04.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

DRG und Physiotherapie: Mehrwert oder Rationierung?

DRG et physiothérapie: atout ou rationnement?

KRISTINA RUFF

«Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen – kein Kniefall für die Physiotherapie», so lautete das Tagesthema des Chef-PT-Treffens 2010, an welchem ExpertInnen die bevorstehende Einführung der DRG aus der Sicht der Physiotherapie beurteilten.

Die DRGs (Diagnosis Related Groups), oder diagnosebezogenen Fallgruppen, kategorisieren Eingriffe mit ähnlichen Behandlungskosten in Akutspitälern. Dieses neue Abrechnungssystem der stationären Spitalleistungen soll am 1. Januar 2012 in der Schweiz eingeführt werden. Am Chef-PhysiotherapeutInnen-Treffen vom 4. November 2010 in Bern wurden die DRGs und ihre Auswirkungen auf die Physiotherapie breit beleuchtet.

Wie entsteht ein DRG und wie wird er vergütet? Daniel Liedtke, Direktor der Klinik Hirslanden Zürich und ehemaliger Physiotherapeut, führte in seinem Eröffnungsreferat in die komplexe Thematik ein. Die Datensätze der Patienten wie Prozeduren, Diagnose, Alter, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht, Geschlecht, Austrittsart und Aufenthaltsdauer ergeben eine Gruppierung mit übergeordneten Hauptkategorien. Am Ende dieses Gruppierungsvorganges steht eine Fallgruppe mit einer Nummer, der DRG. Die DRG als solches hat keinen Frankenwert, sondern ein Kostengewicht (Grundbegriffe zu DRGs *siehe Kasten 1*). «Dieses Kostengewicht ist etwas Abstraktes», so Liedtke, «man muss es mit einem Betrag quantifizieren.» Wird das Kostengewicht mit dem Basispreis multipliziert, erhält man die Fallpauschale zu jedem DRG. «Vergleichbare Spitäler werden ungefähr den gleichen Basispreis bekommen. Wenn das eine Spital günstiger wird im Basispreis, werden alle Spitäler folgen müssen», erläuterte Liedtke. Dies sei eine negative Preisspirale und es entstehe ein Wettbewerb – nicht darüber, wer besser behandle, sondern wer günstiger sei.

«Financement hospitalier au forfaits par cas – la physiothérapie n’a pas dit son dernier mot», tel était le thème de la rencontre des PT-chefs 2010. Des experts y ont évalué l’introduction prochaine des DRG du point de vue de la physiothérapie.

Les Diagnosis Related Groups (DRG) ou groupes homogènes de diagnostic, permettent de catégoriser les interventions entraînant des frais similaires dans les hôpitaux de soins aigus. Ce nouveau système de facturation des prestations hospitalières stationnaires doit entrer en vigueur en Suisse le 1^{er} janvier 2012. Lors de la Rencontre des physiothérapeutes-chefs qui s’est tenue à Berne le 4 novembre 2010, l’accent a été mis sur les DRG et leurs conséquences pour la physiothérapie.

Comment crée-t-on un DRG et comment est-il rémunéré? Daniel Liedtke, directeur de la clinique Hirslanden de Zürich et ancien physiothérapeute, a présenté cette thématique complexe dans son exposé d’introduction. Les données des patients telles que procédures, diagnostic, âge, poids à la naissance pour les nouveaux-nés, sexe, mode de sortie et durée de l’hospitalisation, permettent un regroupement en catégories principales. Au terme de ce processus de regroupement, on obtient un groupe de cas doté d’un numéro, le DRG. En tant que tel, celui-ci n’a pas une valeur en francs, mais un poids relatif de coût (pour les termes-clés des DRG *voir encadré 1*). «Ce poids relatif de coût est un peu abstrait», explique Daniel Liedtke, «il faut le quantifier avec un montant». Si l’on multiplie le poids relatif de coût par le prix de base, on obtient le forfait par cas pour chaque DRG. «Des hôpitaux comparables auront à peu près le même prix de base. Si un hôpital diminue son prix de base, tous les hôpitaux de sa catégorie doivent suivre», a-t-il encore précisé. Cela entraîne une spirale négative des prix et une concurrence qui ne favorise pas celui qui propose le meilleur traitement, mais celui qui pratique les prix les plus bas.

Kasten 1: Die wichtigsten Begriffe zu den DRGs

Basispreis

Der Basispreis bezeichnet die Vergütung, die ein Spital für einen Durchschnittsfall erhält. Ein Einheitsbasispreis ist nicht vorgesehen, der Basispreis wird mit jedem Spital individuell verhandelt.

Kostengewicht

Jeder DRG-Fallgruppe wird ein bestimmtes Kostengewicht zugeordnet, das den durchschnittlichen Behandlungsaufwand für Patienten der betreffenden Fallgruppe beschreibt, verglichen mit dem durchschnittlichen Behandlungsaufwand für alle behandelten Patienten in der Schweiz.

Case Mix und Case Mix Index

Der Case Mix beschreibt den gesamten Schweregrad der abgerechneten Behandlungsfälle eines Spitals, der sich aus der Summe der Kostengewichte der Fälle eines Spitals ergibt. Wird er durch die Anzahl Fälle dividiert, erhält man den Case Mix Index, den durchschnittlichen Schweregrad eines Spitals.

Encadré 1: Les termes-clés des DRG

Prix de base

Le prix de base désigne la rémunération qu'un hôpital reçoit pour un cas moyen. Il n'y a pas de prix unique prévu; le prix de base est convenu individuellement avec chaque hôpital.

Poids relatif de coût

Chaque groupe de cas DRG se voit attribuer un certain poids relatif de coût qui désigne le coût moyen du traitement pour les patients des groupes de cas concernés, comparé avec le coût du traitement moyen pour tous les patients traités en Suisse.

Case Mix et Case Mix Index

Le case mix désigne le degré de gravité global des cas traités par un hôpital. Il représente la somme des poids relatifs de coût des cas d'un hôpital. Si on le divise par le nombre de cas, on obtient le Case Mix Index, le degré de gravité moyen d'un hôpital.

Optimierung des Entlassungsmanagements

Die Tagespauschale im DRG-System ist abhängig von der Aufenthaltsdauer des Patienten, erklärte Liedtke den Teilnehmenden. Pro DRG ist eine empfohlene Aufenthaltsdauer festgelegt mit einer Ober- und Untergrenze. Bei der empfohlenen Aufenthaltsdauer erhält das Spital das Vergütungsmaximum pro Behandlungstag. Liegt der Patient länger oder weniger lang im Spital, reduziert sich die Pauschale überproportional. Deswegen gehe es letztlich darum, das Entlassungsmanagement zu optimieren. Daher rühren auch die Befürchtungen der Gegner des DRG-Systems, dass die Patienten zu früh entlassen werden könnten. Doch «jeder, der sagt, dass es eine Qualitätsverschlechterung geben wird, liegt falsch», so Liedtke und bezieht sich auf Begleitforschung aus den USA, Australien und Deutschland (*siehe auch Kasten 2*). Diese Länder rechnen schon länger mit Fallpauschalen ab, und trotz Rückgang der Aufenthaltsdauer sind die Qualität und die Patientenzufriedenheit konstant geblieben. Wenn Patienten ausserdem zu früh entlassen und innerhalb einer bestimmten Frist wegen der gleichen Erkrankung rehospitalisiert werden, erhält das Spital für die erneute Hospitalisation kein Geld. Hier liege ein grosser Mehrwert der stationären Physiotherapie, darauf wies Liedtke besonders hin, denn sie trage dazu bei, eine Rehospitalisation zu verhindern.

Das DRG-System führt zu Kompetenzverschiebungen

Die Vorzüge des DRG-Systems sieht Liedtke in der Transparenz, welche durch die Kategorisierung der Krankheitsbilder erreicht wird. Eine Schwierigkeit bestehe dagegen darin, dass der Einzelfall nicht treffsicher abbildbar sei. Zudem könne man nicht sagen, «wie viele Anteile Kosten die Physiotherapie eingebracht hat oder wie hoch der Anteil ärztlicher Kosten war». Und so formuliert Liedtke überspitzt, dass es eigentlich

Optimisation de la gestion des sorties

Dans le système des DRG, le forfait journalier est indépendant de la durée d'hospitalisation du patient, a expliqué Daniel Liedtke aux participants. Une durée d'hospitalisation conseillée est fixée pour chaque DRG avec une limite supérieure et une limite inférieure. Si la durée conseillée est respectée, l'hôpital reçoit la rémunération maximale par journée de traitement. Si le patient reste plus ou moins longtemps à l'hôpital, le forfait est fortement réduit en conséquence. Il s'agit donc d'optimiser la gestion des sorties. C'est un motif d'inquiétude pour les détracteurs des DRG qui craignent que les patients sortent de l'hôpital trop tôt. Pourtant, «ceux qui disent que cela entraînera une détérioration de la qualité se trompent», affirme Daniel Liedtke en se référant aux recherches menées à ce sujet aux États-Unis, en Australie et en Allemagne (*voir aussi encadré 2*). Ces pays facturent les hospitalisations depuis longtemps au moyen des forfaits par cas; bien que la durée d'hospitalisation soit plus courte, la qualité et la satisfaction des patients sont restées constantes. De plus, si les patients sortent trop tôt et sont réhospitalisés dans un certain délai pour la même maladie, l'hôpital ne reçoit pas d'argent pour cette réhospitalisation. Cela pourrait constituer un gros atout pour la physiothérapie stationnaire, souligne Daniel Liedtke, car elle contribue à éviter les réhospitalisations.

Le système des DRG conduit à des transferts de compétences

Selon Daniel Liedtke, l'avantage du système des DRG est la transparence qui résulte de la catégorisation des tableaux cliniques. En revanche, le cas particulier n'est pas forcément catégorisable. Par ailleurs, on ne peut pas dire «combien de parts de coûts la physiothérapie a représenté ou à combien s'est élevée la part des coûts médicaux». Par conséquent,

egal sei, wer die Arbeit ausgeführt habe. Als Direktor müsse man sich deshalb die Frage stellen, wie man dasselbe Behandlungsergebnis mit weniger teuren Leuten erreichen könne. Das DRG-System führe somit zu Kompetenzverschiebungen. «Sie werden die Kosten in Ihrer Physiotherapie-Abteilung reduzieren müssen», darauf machte Liedtke aufmerksam, und um Assistenzpersonal komme man nicht herum. Dabei müsse jedoch die Ballführung bei der Physiotherapie bleiben.



Daniel Liedtke: «Jeder, der sagt, dass es eine Qualitätsverschlechterung geben wird, liegt falsch.» | Daniel Liedtke: «Ceux qui disent que cela entraînera une dégradation de la qualité se trompent.»

Reduktion der Verweildauer als Herausforderung

Omega E. Huber, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsspital Zürich und Präsidentin von physioswiss, knüpfte an die Entlassungsproblematik an: Mit der Reduktion der Verweildauer drohe als Konsequenz eine Verschiebung der Leistungen in den spitalambulantem Bereich. Eine Lösung sieht die Referentin in einem frühzeitig einsetzenden Austrittsmanagement unter Einbezug der Physiotherapie. Denn der Austritt sei geprägt von der Funktionsfähigkeit und Aktivität der Patienten. Durch die Reduktion der Verweildauer sei in der Physiotherapie ein Paradigmenwechsel nötig: weniger Untersuchung und Behandlung, dafür mehr Abklärung, Instruktion und Beratung. Dies, so Huber, «damit man die Patienten nicht in den luftleeren Raum hinaus entlässt.» Denn es ginge am Ende immer um den Patienten: «Der Patient muss eine gute Leistung erhalten und er muss wissen, wie es nachher weitergeht.»

Eine weitere Herausforderung liegt gemäss Huber darin, dass die Funktionsfähigkeit der Patienten bei der Vergütung nicht berücksichtigt wird. Gewisse Patienten benötigten jedoch im Spital eine intensive Physiotherapie im Sinne von frührehabilitativen Massnahmen. Dieser Bedarf lässt sich an-

peu importe qui a fait le travail, ajoute Daniel Liedtke en forçant le trait. En tant que directeur, on doit se demander comment il est possible de fournir un traitement aussi efficace que possible tout en faisant des économies au niveau de la rémunération du personnel. Le système des DRG conduit donc à des transferts de compétences. «Vous allez devoir réduire les coûts dans votre service de physiothérapie», a fait-il remarquer, et la question du personnel paramédical ne manquera pas de se poser. La balle doit cependant rester dans le camp des physiothérapeutes.

La réduction de la durée d'hospitalisation, un défi

Omega E. Huber, collaboratrice scientifique à l'Hôpital universitaire de Zürich et présidente de physioswiss, s'est exprimée sur la question de la sortie de l'hôpital. La réduction de la durée d'hospitalisation risque de générer un transfert des prestations vers le domaine hospitalier ambulatoire. Selon elle, une solution possible consiste à mettre en place suffisamment tôt une gestion des sorties qui intègre la physiothérapie. En effet, celle-ci dépend de la capacité de fonctionnement et de l'activité des patients. Si l'on réduit la durée d'hospitalisation, un changement de paradigme s'impose en physiothérapie: moins d'examens et de traitements, mais plus d'explications, de formation et de conseils. Ceci, souligne Omega E. Huber, «afin de ne pas lâcher les patients dans la nature.» Car, au final, c'est toujours l'intérêt des patients qui compte: «Le patient doit bénéficier d'une bonne prestation et savoir quelle est la prochaine étape.»

Omega E. Huber souligne un autre problème: la capacité de fonctionnement des patients n'est pas prise en compte dans la rémunération. Certains patients hospitalisés ont besoin d'une physiothérapie intensive au sens de mesures de rééducation précoces. Ce besoin ne peut être démontré sur la base des diagnostics et des diagnostics secondaires. Le risque existe par conséquent d'une réduction des prestations de physiothérapie par rapport à aujourd'hui. Dans le pire des cas, Omega E. Huber craint même «que l'on renonce à des prestations de physiothérapie nécessaires, ce qui constituerait un rationnement.»

Physiothérapie de la boîte noire

La physiothérapie devra disposer de bons arguments pour lutter contre ce rationnement. Mais, comme le souligne Omega E. Huber: «C'est toujours le principe de la boîte noire qui prévaut dans les services de physiothérapie des hôpitaux de soins aigus. Nous savons exactement ce que nous faisons, mais pas les autres.» On est confronté à une saisie insuffisante des prestations. Celle-ci se base sur le tarif des cabinets indépendants, en tant que forfaits indépendants de la durée. Ces forfaits ne représentent cependant pas toutes les prestations effectuées en milieu stationnaire. Il faut égale-

Kasten 2: Erfahrungen aus Deutschland

Ulricke Steinecke, Vorsitzende des Deutschen Verbands für Physiotherapie ZVK, und Jörg Bohmann, leitender Physiotherapeut an der Uniklinik Freiburg (D), schilderten ihre Erfahrungen zum DRG-System, welches Deutschland 2003 eingeführt hat. Während Steinecke aus Sicht der Verbandsvorsitzenden physioswiss dazu riet, mittels Veranstaltungen die Mitglieder eingehend zu informieren und zu sensibilisieren, erläuterte Bohmann die Veränderungen, welche die Uniklinik Freiburg mit den DRGs erfahren hat. So hat sich die Physiotherapie aus ursprünglich 14 Einzelbereichen als Profitcenter in einer zentralen Abteilung zusammengefasst mit dem Ziel der Selbstfinanzierung. Hierzu wurden Geschäftsfelder ausgebaut, wie etwa die ambulante Physiotherapie, ein Fitnessbereich, wo Patienten begleitet weitertrainieren können sowie ein Fort- und Weiterbildungszentrum für Physiotherapeuten.

Encadré 2: Expériences d'Allemagne

Ulricke Steinecke, présidente de l'Association allemande de physiothérapie (ZVK) et Jörg Bohmann, physiothérapeute-chef de la Clinique universitaire de Fribourg (A), ont décrit leur expérience du système des DRG qui existe en Allemagne depuis 2003. U. Steinecke, présentant le point de vue des présidents d'associations, a conseillé à physioswiss d'informer et de sensibiliser régulièrement ses membres via des journées de ce type. J. Bohmann a expliqué quels changements les DRG ont entraînés à la Clinique universitaire de Fribourg. La physiothérapie, initialement divisée en 14 domaines, a été unifiée dans un département central fonctionnant comme un centre de profit visant l'auto-financement. Différentes branches ont ainsi été développées, comme la physiothérapie ambulatoire, un secteur de fitness où les patients peuvent s'entraîner en présence d'un formateur ainsi qu'un centre de formation initiale et continue pour les physiothérapeutes.

hand der Diagnosen und Nebendiagnosen nicht zeigen. So bestehe das Risiko, dass es zu einer Reduktion der jetzigen physiotherapeutischen Leistungen kommt. Im schlimmsten Fall befürchtet Omega E. Huber sogar, «dass physiotherapeutisch notwendige Leistungen verweigert werden, und das ist Rationierung».

Black Box Physiotherapie

Gegen eine solche Unterversorgung müsse sich die Physiotherapie mit guten Argumenten wehren. Doch, so Huber: «Wir haben immer noch eine Black-Box-Physiotherapie in den Akutspitälern. Wir wissen genau, was wir tun, aber die anderen nicht.» So existiere in der Physiotherapie nach wie vor eine lückenhafte Leistungserfassung. Diese basiere auf dem Tarif für die freien Praxen als zeitunabhängige Pauschalen. Sie bildeten aber nicht alle stationär erbrachten Leistungen ab. Auch sei eine transparente Leistungserbringung anzustreben. Die Physiotherapie zelebriere die stark individuell zugeschnittene Behandlung, sodass verordnende Ärzte und Finanzverantwortliche keine klare Vorstellung von Physiotherapie haben.

Die Physiotherapie müsse sich daher ein Profil geben, und zwar aus der Optik der anderen. Was interessiere, seien etwa die Ziele der Physiotherapie, der Ressourcenaufwand oder die Evidenz. Omega E. Huber kommt vor den Chef-PhysiotherapeutInnen zu folgendem Schluss: «Wenn man nachvollziehen kann, was eure Leistungen sind und welches der Benefit für die Patienten und das Spital ist, so müsst Ihr euch keine Sorgen machen.»

Kristina Ruff, physioswiss

In der nächsten Ausgabe erscheint das ebenfalls am Treffen gehaltene Referat von Barbara Gubler-Gut, Chef-Physiotherapeutin am Universitätsspital Zürich, mit Zahlen zu DRG und Physiotherapie.

ment viser la transparence dans la fourniture des prestations. La physiothérapie encouragerait un traitement fortement individualisé dont la conséquence serait que les médecins traitants et les responsables du financement n'auraient pas une image claire de la physiothérapie.

La physiothérapie devrait donc renforcer son profil en prenant l'optique des autres acteurs en compte. Les aspects intéressants sont les objectifs de la physiothérapie, les ressources allouées ou les preuves d'efficacité. Devant les physiothérapeutes-chefs, Omega E. Huber en vient à la conclusion suivante: «Lorsque les gens auront compris quelles sont vos prestations et quel est le bénéfice pour les patients et l'hôpital, vous n'aurez plus de souci à vous faire.»

Kristina Ruff, physioswiss

Le prochain numéro contiendra l'exposé de Barbara Gubler-Gut, physiothérapeute-chef à l'Hôpital universitaire de Zürich, assorti de chiffres sur les DRG et la physiothérapie.

Omega E. Huber: «Wir haben immer noch eine Black-Box-Physiotherapie in den Akutspitälern.» | Omega E. Huber: «C'est toujours le principe de la boîte noire qui prévaut dans les services de physiothérapie des hôpitaux de soins aigus.»

