

10 Jahre SwissDRG AG

**Jubiläumsschrift zum
SwissDRG Forum 2018**

vom 16. Mai 2018 im
Hotel Bellevue Palace Bern





10 Jahre SwissDRG AG

**Jubiläumsschrift zum
SwissDRG Forum 2018
vom 16. Mai 2018**

Publikation der Referate

Inhaltsverzeichnis

Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb Vorwort	3
Dr. Carlo Conti Entstehung der SwissDRG AG	4
Bisherige Präsidenten der SwissDRG AG	7
PD Dr. med. Simon Hölzer Tagungseröffnung	8
Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb Zehn Jahre SwissDRG AG: Ergebnisse und aktuelle Themen	10
Ruth Humbel Neue Spitalfinanzierung aus der Innensicht einer Parlamentarierin	13
Prof. Christoph A. Meier Was wollen wir bezahlen: Volume or Value?	17
Verena Nold Gleiches Geld für gleiche Leistung	20
Dr. med. Constanze Hergeth Meilensteine und Highlights aus zehn Jahren SwissDRG AG	21
Dr. med. Jürg Unger-Köppel Stille Resignation? Was meinen die Ärztinnen und Ärzte zu DRGs? Resultate einer repräsentativen Langzeitbefragung	23
Michael Kleinknecht Ist eine angemessene Pflege unter den Fallpauschalen SwissDRG gewährleistet?	24
Michael Waldner, KVG: Tarifstruktur SwissDRG im Jahr 2018: Basis für einen fairen Wettbewerb?	25



10 Jahre SwissDRG AG

Vorwort

Am 18. Mai dieses Jahres führte die SwissDRG AG aus Anlass ihres 10-jährigen Bestehens ein Forum durch. An diesem Forum wurde von verschiedenen Referenten ein Rückblick auf die Entstehung der SwissDRG AG und die vergangenen zehn Jahre, eine Standortbestimmung und ein Ausblick auf künftige Aufgaben und Herausforderungen der SwissDRG AG vorgenommen. Das Forum wurde mit weiteren im Zusammenhang mit dem KVG und der Spitalfinanzierung stehenden Vorträgen bereichert.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat beschlossen, eine Jubiläumsschrift mit den am Forum gehaltenen Referaten zu veröffentlichen und damit die Referate allgemein zugänglich zu machen. Die Jubiläumsschrift enthält zudem eine Abhandlung des Gründungspräsidenten zur Entstehungsgeschichte der SwissDRG AG.

Ich freue mich, Ihnen hiermit die Jubiläumsschrift vorlegen zu können.

Auch wenn noch nicht alle drei stationären Tarifstrukturen eingeführt sind, kann sich das von der SwissDRG AG in den ersten zehn Jahren ihres Bestehens Erreichte sehen lassen. In diesem Sinn darf ich feststellen: Die SwissDRG AG hat die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt. Sie ist auch bereit, die Übernahme neuer Aufgaben, so insbesondere die Entwicklung von Tarifstrukturen im ambulanten Bereich zu prüfen. Gespannt sehe ich dem Bericht zum 20-jährigen Bestehen der SwissDRG AG entgegen.

Ich danke den Autoren für ihre Textbeiträge und meinem persönlichen Mitarbeiter Gion Claudio Candinas, der mich als Präsident der SwissDRG AG mit Rat und Tat unterstützt hat, für die Erstellung der Jubiläumsschrift.

Im Dezember 2018

- Regierungsrat Christian Rathgeb,
Präsident der SwissDRG AG





Dr. Carlo Conti,
Gründungspräsident
der SwissDRG AG,
Rechtsanwalt, Partner Wenger Plattner

Entstehung der SwissDRG AG

Vorgeschichte

Eines der grössten Hindernisse in der interkantonalen Zusammenarbeit unter den Kantonen beziehungsweise unter den Gesundheitsdepartementen war die Tatsache, dass in der Schweiz – im Grunde genommen – 26 unterschiedliche Tarifstrukturen galten.

Im Gegensatz zu den ambulanten Leistungen, die nach TARMED abgerechnet werden, war es deshalb stets ausserordentlich schwierig, kantonsüberschreitende Lösungen zu finden, um insbesondere den Austausch von Patienten zwischen kleineren Regionalspitälern einerseits und grösseren Zentrumsspitälern andererseits zu ermöglichen. Die unterschiedlichen Tarifstrukturen führten zu komplizierten Abrechnungsmodalitäten und die Kantone waren gezwungen, mehr oder weniger mit jedem anderen Kanton spezifische vertragliche Vereinbarungen abzuschliessen.

So betrachtet erstaunt es nicht, dass es vor allem die Kantone waren, die versucht hatten, gemeinsame Lösungen zu vereinbaren, um diesen zunehmenden Patientenströmen eine einfache Abrechnungsmodalität gegenüberzustellen. Getrieben war diese Entwicklung nicht nur durch die zunehmende Spezialisierung der Medizin und der damit verbundenen Konzentration von komplexen Fällen in grösseren Zentralspitälern. Dieses Bedürfnis ergab sich auch durch die zunehmende Mobilität der Bevölkerung.

Gründung des Vereins SwissDRG

Auf Initiative der Kantone beziehungsweise der GDK wurde ein Verein gegründet mit dem Ziel, eine wenn immer möglich gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zu erarbeiten und diese den Kantonen beziehungsweise den Leistungserbringern und den Kantonsträgern als Grundlage für vertragliche Vereinbarungen zur Verfügung zu stellen.

Die Idee und der Vorteil der Vereinsgründung bestand darin, dass mit dieser Rechtsform alle interessierten Gruppierungen und Stakeholder eingebunden werden konnten. Die Rechtsform des Vereins ermöglichte es zudem, laufend neue Vereinsmitglieder aufzunehmen, falls sich dies im Laufe der Arbeiten als hilfreich oder notwendig erweisen sollte.

Dieser Vorteil wandelte sich aber mit der Zeit zu einem eigentlichen Nachteil. Zu Beginn der Arbeiten waren sich die verschiedenen Vereinsmitglieder beziehungsweise Stakeholder relativ rasch einig über die Notwendigkeit, die Prinzipien und auch die grundsätzlichen Aspekte. Im weiteren Verlauf der Arbeiten mussten dann aber erste Zwischenentscheidungen gefällt werden, um gestützt darauf die angestrebte Gesamtinfrastruktur zu erarbeiten oder zumindest erste Teile davon zu entwerfen.

Damit diese Arbeiten aber nicht einfach ins Leere führten, mussten diese Zwischenentscheidungen in irgendeiner Form verbindlich erklärt werden. Damit begannen auch die entsprechenden Diskussionen. Verschiedene Vereinsmitglieder wollten den verbindlichen Entscheidungen überhaupt nicht zustimmen, andere nur mit entsprechendem Vorbehalt.

Bei den einen waren diese Vorbehalte oder gar Widerstände taktischer oder auch inhaltlicher Natur. Es ging diesen Vereinsmitgliedern eigentlich darum, eine Tarifstruktur auf der Basis der DRG zu verhindern, weil man aus grundsätzlichen Überlegungen dagegen war: Tarifstrukturen auf der Basis von diagnosebezogenen Fallpauschalen müssten grundsätzlich abgelehnt werden. Andere wiederum versuchten mit Bedingungen und sonstigen Vorbehalten, ihre Interessen höchst möglichst zu wahren und boten deshalb nur Hand zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur, wenn bestimmte Bedingungen in ihrem Sinne auch erfüllt würden. Es gab auch solche, die an

der Notwendigkeit einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur zweifelten und die diesbezügliche Hoheit lieber kantonal geregelt hätten.

Selbst bei denjenigen, die möglicherweise inhaltlich diesen «verbindlichen» Zwischenentscheidungen zugestimmt hätten, gab es Vorbehalte struktureller Art. Sie waren rechtlich nicht befugt, im Verein SwissDRG eine verbindliche Stellungnahme abzugeben, ohne dafür das zuständige Organ ihrer Organisation vorerst zu befragen. Mit anderen Worten: Die entsprechenden Zwischenentscheidungen mussten dann jeweils entweder vom Vereinsvorstand oder gar von der Delegierten- oder Generalversammlung der entsprechenden Organisation abgesegnet werden.

Die Rechtsform des Vereins erlaubt es jedem einzelnen Vereinsmitglied, ohne grosse Formalitäten auf einen bestimmten Zeitpunkt hin aus dem Verein wieder auszutreten. So erstaunt es nicht, dass einzelne Vereinsmitglieder und Stakeholder ab und zu die versteckten

«Drohungen» durchblicken liessen, aus dem Verein auszutreten, falls diese oder jene Bedingung oder Auflage nicht erfüllt wurde.

Damit erwies sich die Rechtsform des Vereins als ungeeignet, um die weiteren Arbeiten wirklich voranzutreiben und zu einer schweizweit verbindlichen Tarifstruktur zu gelangen.

Vom Verein SwissDRG zur SwissDRG AG

Gefragt war also eine Organisationsstruktur, die verbindliche Beschlüsse fällen konnte, ohne dass die jeweils zuständigen Organe der einzelnen Stakeholder in langwierigen Verfahren konsultiert werden mussten.

Es musste zunächst mit dem Bund geklärt werden, in welcher Art und Weise eine solche verbindliche Organisationsstruktur geschaffen werden sollte, um die angestrebte schweizweit einheitliche Tarifstruktur zu erarbeiten. Die diesbezüglichen Überlegungen sind weiter hinten im Abschnitt «Absprache mit dem Bund» zusammengefasst.

Es war naheliegend, die Rechtsform einer Aktiengesellschaft zu wählen. Die wichtigsten Akteure – die GDK, santésuisse, H+ und FMH – sollten als Stakeholder und Aktionäre die SwissDRG AG gründen.

Der Preis für diese Verbindlichkeit war die Fokussierung auf diese vier wichtigsten Akteure. Die anderen früheren Vereinsmitglieder, zum Beispiel der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK), konnten als Stakeholder für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur nicht mehr berücksichtigt werden. Immerhin: Dem SBK

wurde zumindest offeriert, darüber nachzudenken, ob der SBK – zusammen mit der FMH – auch Mitglied der SwissDRG AG werden wollte. Der SBK hat dies in der Folge abgelehnt, zum einen, weil sie nicht zusammen mit der FMH Aktionäre werden wollten und zum anderen, weil sie nicht über die notwendigen finanziellen Mittel verfügten, um die entsprechenden Aktien zu zeichnen.

Auch bei einer Aktiengesellschaft musste die entsprechende Verbindlichkeit für weitere Entscheidungen sichergestellt werden. Deshalb kam man gemeinsam auch zum Schluss, dass es einen Aktionärsbindungsvertrag braucht unter den vier Aktionärsgruppen. Ziel und Zweck bestand darin, die gegenseitige Verbindlichkeit von Entscheidungen sicherzustellen und das Verfahren für die weiteren Schritte untereinander so zu regeln, dass sich die einzelnen Stakeholder von den Entscheidungen der SwissDRG AG nicht wieder distanzieren würden. Zu diesem Zweck wurden im Aktionärsbindungsvertrag Quoren vereinbart, um die Verbindlichkeit der Beschlüsse breiter abzustützen. Insbesondere sollte nicht einer der vier Stakeholder vollumfänglich überstimmt und in die Minderheit versetzt werden können.

SwissDRG/TARMED

Schon bei der Gründung der SwissDRG AG wurde intensiv auch darüber diskutiert, ob man nicht eine einheitliche Organisation kreieren sollte, die nicht nur für die stationären Tarife, sondern auch für den TARMED-Tarif zuständig sein könnte.

Gerade beim TARMED zeigt sich, in letzter Zeit nochmals eher verstärkt, wie schwierig es ist, wenn zwei Parteien sich gegenüberstehen und verbindliche Beschlüsse fällen sollten in rein vertraglichen Verhandlungen. Es gibt keine gefestigte Organisationsstruktur für die Erarbeitung oder Modifizierung des TARMED-Tarifs. Beide Parteien können sich in den Verhandlungen jeweils wieder distanzieren und das Verhandlungsergebnis auch problemlos wieder ablehnen.

Es zeigte sich jedoch bald, dass man aus politischen und praktikablen Gründen gut beraten wäre, das eine vom anderen zu trennen. Die Befürchtung ging dahin, die weitere Erarbeitung der DRG-Tarifstruktur zu verzögern oder gar zu behindern, wenn dies mit der Frage verbunden wäre, auch den TARMED-Tarif in eine gemeinsame Organisationsstruktur einzubringen.

Eines immerhin wurde bewusst angestrebt: Die Büros der SwissDRG AG wurden ganz bewusst am gleichen Ort angesiedelt, wo auch die TARMED-Organisation domiziliert ist.

Absprache mit dem Bund

Nachdem sich gezeigt hatte, dass die Organisationsform des Vereins nicht zielführend war, ging es in einem nächsten Schritt darum, sich mit dem Bund beziehungsweise dem EDI abzustimmen, in welcher Art und Weise die angestrebte erhöhte Verbindlichkeit hergestellt werden könnte.

Nach langen Diskussionen mit verschiedenen Verantwortlichen beim BAG habe ich dann namens und im Auftrag der GDK die möglichen Alternativen mit dem damaligen Vorsteher des EDI, Bundesrat Pascal Couchepin, erörtert.

Aus den verschiedenen Diskussionen und unterschiedlichsten Vorschlägen ergab sich folgende grundsätzliche Alternative:

- ▶ Die Einsetzung eines öffentlich-rechtlichen Bundesorgans, wohl vorzugsweise in der Form einer öffentlich-rechtlichen Anstalt, das für die Erarbeitung der schweizweit einheitlichen Tarifstruktur zuständig sein sollte. Damit wäre das eine klare Bundesaufgabe geworden, wobei in irgendeiner Form die Kantone einbezogen werden müssten. Die Einsetzung eines solchen Bundesorgans hätte die Erarbeitung einer gesetzlichen Grundlage erfordert. Und natürlich haben sich die Kantone auf den Standpunkt gestellt, dass diesfalls der Bund dieses Bundesorgan auch zu finanzieren hätte. Jedenfalls waren die Kantone einhellig der Meinung, dass sie keine finanziellen Mittel dazu beitragen müssten.
- ▶ Dem stand als Alternative die Schaffung einer Organisation durch die Tarifpartner gegenüber, dies wohl in Form einer Aktiengesellschaft, um die angestrebte stärkere Verbindlichkeit der Organisationsstruktur zu ermöglichen. Bei dieser Variante sollten die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine entsprechende Organisation kreieren, die für die Erarbeitung, Weiterentwicklung und Anpassung der Tarifstrukturen zuständig wäre. Dabei wäre der Bund nicht aktiv beteiligt gewesen. Dem Bundesrat müsse aber die formelle Genehmigung der entsprechenden Tarifstruktur verbleiben. Wenn die Kantone mit den Tarifpartnern eine solche Organisation einsetzen, müssen sie auch für die entsprechende Finanzierung besorgt sein. Jedenfalls wollte der Bund bei dieser Variante keine finanziellen Mittel einsetzen.

Bundesrat Couchepin war ohne grosse Umschweife aufgrund seiner grundsätzlich liberalen Haltung für die zweite Variante, das heisst für eine Organisationsstruktur, die von den Kantonen und den Tarifpartnern eingesetzt wird. In den damaligen Diskussionen waren Bundesrat Pascal Couchepin und ich als Vertreter der GDK uns einig darin, dass es Aufgabe der Kantone und der Tarifpartner sein sollte, die Verantwortung für die DRG-Tarifstruktur zu übernehmen. Dies durchaus auch aus politischen Gründen, um nicht einer weiteren Regulierung Vorschub zu leisten. Für Bundesrat Couchepin war es im Übrigen auch klar, dass die Genehmigungskompetenz des Bundesrats im Sinne einer reinen Aufsichtsfunktion ausgestaltet sein sollte.

So haben dann die verschiedenen Stakeholder, insbesondere auch die GDK, entschieden, diesen zweiten Weg zu gehen, das heisst die SwissDRG zu gründen. Die Initiative lag bei den Kantonen. Es galt einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten gegenüber den Tarifpartnern. Am meisten zu diskutieren gab der Aktionärsbindungsvertrag und die Art und Weise, wie gemeinsame Entscheide herbeigeführt werden sollten, ohne dass einer der vier Partner in grundsätzlichen Fragen überstimmt werden könnte. Im weiteren Verlauf der Arbeiten für die gesetzliche Verankerung der entsprechenden Tarifstruktur in Art. 49 KVG hat sich dann aber leider gezeigt, dass auf Druck des BAG die Rolle der Bundesverwaltung gestärkt wurde. Der Prozess zur Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat ist nicht – wie ursprünglich von Bundesrat Pascal Couchepin vorgesehen – im Sinne einer reinen Aufsichtsfunktion ausgestaltet, sondern geht weit darüber hinaus in Richtung einer auch inhaltlichen Einflussnahme. Dies aber wäre der grundsätzliche Unterschied zu einem Bundesorgan gewesen, das aber sowohl vom Bund, als auch von den Kantonen zugunsten der SwissDRG AG dezidiert abgelehnt worden ist.

Bisherige Präsidenten der SwissDRG AG



Januar 2008 bis Juni 2012

Regierungsrat Dr. Carlo Conti,
Vorsteher der Gesundheitsdirektion des Kantons Basel-Stadt



Juli 2012 bis Juni 2016

Regierungsrat Dr. Thomas Heiniger,
Vorsteher der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich



Juli 2016 bis Dezember 2018

Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb,
Vorsteher des Departements für Justiz, Sicherheit
und Gesundheit des Kantons Graubünden



PD Dr. med. Simon Hölzer,
Geschäftsführer der SwissDRG AG

Tagungseröffnung

Die SwissDRG AG ist gemäss Artikel 49 Krankenversicherungsgesetz in der Schweiz zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des SwissDRG-Fallpauschalensystems zur Abgeltung der stationären Spitalleistungen. Aktionäre sind die GDK, H+, santésuisse, MTK und FMH. Die Arbeiten wurden im Jahre 2008 in die Aktiengesellschaft verlagert, nachdem man zuvor im Rahmen eines Vereins den gesetzlichen Verpflichtungen nachgekommen war.

Ein Grundstein der erfolgreichen Einführung und jährlichen Genehmigung der neuen Tarifversion(en) ist die gesetzliche Basis und breite Abstützung der Arbeiten bei den Gesellschaftern als auch bei den relevanten Gesundheitspartnern in der Schweiz. Innerhalb der Aktiengesellschaft ist es gelungen, die interessenpolitischen Entscheidungen von der neutralen Entwicklung und technischen Bereitstellung der Tarifstrukturen zu trennen. Zudem schreibt das KVG allen Spitälern mit einem Leistungsauftrag vor, die notwendigen Kosten- und Leistungsdaten für die Entwicklung der Tarifstrukturen zu liefern. Das ermöglicht eine zeitnahe Kalkulation und Revision anhand der Leistungsdaten und Ist-Kostendaten der Schweizer Spitäler und Kliniken. Die Datenerhebung erfolgt mit moderner IT und nach klar definierten Datenschutzregeln.

Auftrag und Ziele

Die Organisation als Aktiengesellschaft mit klaren Entscheidungswegen erlaubt ein unabhängiges technisches Arbeiten und die Entwicklungen einer zeitgemässen medizinischen Logik des Fallpauschalensystems. Unter Einbezug der Tarifpartner und der Kantone wird das medizinische wie auch das tarifliche Regelwerk jährlich überarbeitet. Dabei erfolgt auf verschiedenen organisatorischen Stufen bezie-

hungsweise Gefässen ein Ausgleich der unterschiedlichen Interessen der Partner, was dazu führte, dass alle bisherigen internen Genehmigungsverfahren als auch die Genehmigungen beim Bundesrat beziehungsweise Bund positiv durchgeführt werden konnten.

So stehen heute einheitliche Tarifstrukturen für die Abgeltung und Finanzierung stationärer Leistungen zur Verfügung. Hieraus ergeben sich Benchmark-fähige Preise, die im Rahmen von Tarifverhandlungen ausgehandelt werden. So kann längerfristig eine faire Finanzierung sichergestellt werden. Zudem sorgt die differenzierte Leistungserfassung in den Spitälern für mehr Transparenz in der Leistungserbringung. Daneben stehen strukturierte Qualitätsauswertungen anhand der Routinedaten unterschiedlichen Anspruchsgruppen beziehungsweise Anwendern zur Verfügung.

Entwicklung der Daten und gelieferten Fallzahlen

In den letzten zehn Jahren der Tätigkeit der AG konnte der Dialog mit den Spitälern stetig verbessert und erweitert werden. Dies schlägt sich auch in den gelieferten Daten zur Berechnung und Bewertung des Modells nieder. So stehen derzeit mehr als 90 Prozent der in der Schweiz behandelten Spitalfälle zur Kalkulation des Fallpauschalenmodells zur Verfügung.

Das auf den Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler aufbauende Kalkulationsverfahren ist transparent und kommt ohne normative Eingriffe oder Offenlegung von Einzeldaten aus. Mit den Genehmigungsinstanzen (BAG/Eidg. Departement des Innern) pflegt man einen engen Dialog. Die Bereitstellung von Vergleichsdaten für die Spitäler unterstützt den Benchmark «unter sich» beziehungsweise «unter seinesgleichen» sowie interne Verbesserungsprozesse.

Öffentliche Debatte

Die öffentliche Debatte hat sich in den Jahren nach der Einführung 2012 gewandelt. Sprach man früher noch von den Risiken blutiger Entlassungen oder einem Drehtüreffekt durch die bewusste Wiederaufnahme oder den Transfer von Patienten zu anderen Spitälern, trat eine gewisse Versachlichung der Diskussion ein. Mit der durch das System geschaffenen Transparenz können gezielt Leistungsbereiche mit potenzieller Überversorgung oder auch Spitalstrukturen mit einer möglichen Unterfinanzierung identifiziert werden. Die Informationen stehen insbesondere für die Tarifverhandlungen beziehungsweise für die Spitalplanung und für die Vergabe von Leistungsaufträgen durch die Kantone zur Verfügung. Mittlerweile scheint das System auch mit Blick auf die stationären Gesamtkosten erste Früchte zu tragen. Erstmals konnte im Jahr 2017 ein Rückgang der Teuerungsraten der Spitalstationären Leistungen beobachtet werden.

Das System ist in der Akutsomatik akzeptiert, weil es als lernendes System schrittweise der aktuellen Medizin und den Bedürfnissen der Partner und Patienten angepasst wird. Zur Versachlichung der Diskussionen trägt die Begleitforschung, zum Beispiel des Bundesamts für Gesundheit (BAG) und der FMH, bei. Die Entscheidungswege und das «Miteinander» innerhalb der AG und deren Verwaltungsrat sind eingespielt und formal strukturiert. So können bei Bedarf notwendige Beschlüsse situativ gefasst und weitere Arbeiten eingeleitet werden. Dabei orientiert sich die SwissDRG AG auf operativer Ebene insbesondere an den in der Entwicklungsstrategie definierten (technischen) Zielen. Diese Vorgaben lassen einen kreativen Handlungsspielraum innerhalb der Abteilungen und der Geschäftsbereiche der SwissDRG AG. So finden auch neue Lösungen, zum Beispiel zur Integration von Anlagenutzungskosten, Eingang in das Finanzierungssystem über Fallpauschalen.



Regierungsrat Dr. Christian Rathgeb, Präsident der SwissDRG AG

Zehn Jahre Swiss DRG AG: Ergebnisse und aktuelle Themen

Zweck der SwissDRG AG gemäss den Gründungsstatuten 2008

Gemäss den Gründungsstatuten vom 18. Januar 2008 bezweckte die Gesellschaft die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der für die pauschale Vergütung der stationären Behandlungen in Spitälern notwendigen gesamtschweizerischen Tarifstrukturen auf der Basis eines DRG-Systems (Diagnosis Related Groups).

Statutenanpassung 2009

Mit Schreiben vom 8. Dezember 2008 wies der Vize-Direktor des Bundesamts für Gesundheit (BAG) die GDK, santésuisse und H+ darauf hin, dass gemäss Art. 49 Abs. 2 KVG und gemäss dem Kommentar zu den Schlussbestimmungen der Verordnung über die Krankenversicherung die SwissDRG AG sowohl für die Erarbeitung der Tarifstrukturen im Bereich der Akutsomatik als auch in den Bereichen stationäre Behandlungen Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäuser zuständig sei.

Der Verwaltungsrat nahm an seiner Sitzung vom 17. November 2008 seine Zuständigkeit für die Bereiche Psychiatrie, Rehabilitation und Geburtshäuser zur Kenntnis und sprach sich dafür aus, diese Aufgaben zu übernehmen. Gleichzeitig beschloss der Verwaltungsrat, die Erarbeitung der SwissDRG-Fallpauschalen für die Akutsomatik prioritär zu behandeln. Am 6. Februar 2009 beschloss die SwissDRG AG, den Zweck der Gesellschaft auf die Vergütung der stationären Behandlungen in den Bereichen Rehabilitation, Psychiatrie und Geburtshäuser auszuweiten.

Tarifstruktur für die Akutsomatik

Im 2010 unterbreitete die SwissDRG AG dem Bund eine Vorversion der Tarifstruktur zur Vergütung der

stationären Behandlungen in den Spitälern zur Prüfung.

Im 2011 erfolgte die Genehmigung der Version 1.0 durch den Bundesrat.

Aufgrund dieser Ausgangslage beschloss der Verwaltungsrat der SwissDRG AG, die Version 1.0 auf den 1. Januar 2012 als für die Vergütung der stationären Behandlungen in den Spitälern abrechnungsrelevante Tarifstruktur einzuführen.

Die Tarifstruktur war bereits seit der Version 1.0 auch für Geburtshäuser anwendbar, zunächst mit eigenen Kostengewichten. Ab der Version 3.0 fanden für die Geburtshäuser die gleiche Kostengewichte Anwendung wie für die Spitäler.

Im Vorfeld der Einführung von SwissDRG wurden von zahlreichen Stellen Befürchtungen geäussert, die Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen führe zu blutigen Entlassungen und zu einer «Drehtüren-Medizin». Auch werde sich die Versorgungsqualität verschlechtern.

Nachfolgend zwei Zitate:

Riegel gegen «blutige Entlassung»
(«St. Galler Tagblatt» vom 6. Mai 2009)

Ab 2012 sollen Spitäler per Pauschale abrechnen. Damit steigt der Druck, Patienten früher zu entlassen. Das Beispiel Deutschland zeigt, dass «blutige Entlassungen» die Folge sein können. Dagegen braucht es griffige Regeln.

Die neue Spitalfinanzierung sorgt für rote Köpfe (NZZ vom 19. Februar 2009)

Zürcher Ärzte stehen der Einführung der diagnosebezogenen Fallpauschalen teilweise sehr kritisch gegenüber. Der Spitalpatient als blosses Objekt, das aus Renditegründen zu viel oder zu wenig behandelt wird – so

schwarz malen Zürcher Ärzte die Zukunft der Schweizer Spitalfinanzierung.

Ich darf bereits an dieser Stelle festhalten, dass sich diese Befürchtungen nicht bewahrheitet haben.

Per 1. Januar 2015 wurden in der SwissDRG Version 4.0 als erstes Land in Europa die Anlagekosten berücksichtigt.

Tarifstruktur für die Psychiatrie

Die Tarifstruktur für die Psychiatrie (TARPSY) wurde auf den 1. Januar 2018 verbindlich eingeführt. Die Tarifstruktur wurde von der SwissDRG AG selbst entwickelt.

Im April 2018 reichte die SwissDRG AG dem Bundesrat den Antrag zur Genehmigung der TARPSY Version 2.0 ein. Vorgesehen ist die Inkraftsetzung der neuen Version auf den 1. Januar 2019.

Ab 1. Januar 2019 ist TARPSY bei Genehmigung der Version 2.0 durch den Bundesrat auch verbindlich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie anwendbar.

Tarifstruktur für die Rehabilitation

Die schweizweite Einführung der Tarifstruktur ST Reha war zunächst per 2018 beabsichtigt. Sie hat sich aufgrund der Komplexität der Erarbeitung der Tarifstruktur verzögert.

Im Dezember 2017 erfolgte die Systempräsentation der Versionen 05a und 05b. Die Stellungnahmen der Partner der SwissDRG AG zu den beiden Versionen fielen unterschiedlich aus. Als positiv wurde ins Feld geführt, dass mit den Versionen 05a oder 05b erstmals eine gesamtschweizerische einheitliche Struktur eingeführt würde. Die negativen Stellungnahmen machten insbesondere geltend, dass die Versionen 05a und 05b keinen unmittelbaren Leistungsbezug hätten und damit keine aussagekräftigen Betriebsvergleiche ermöglichen, was aufgrund des beschränkten Leistungsbezugs stark unterschiedliche Basisfallpreise bedingen würde.

Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG ist an seiner Sitzung vom 12. März 2018 zum Schluss gelangt, dass die Version ST Reha 0.5 (sowohl 05a als auch 05b) zentrale Anforderungen an ein leistungsorientiertes System nicht erfüllt. Mängel in den ersten Anwendungsjahren müssten durch stark unterschiedliche Basisfallpreise ausgeglichen werden. Dies steht dem Anspruch an ein System entgegen, welches eine möglichst faire Finanzierung einschliesslich aussagekräftiger Betriebsvergleiche gewährleisten sollte.

Aufgrund dieser Beurteilung hat die SwissDRG das Bundesamt für Gesundheit um seine Stellungnahme ersucht, ob die Version 0.5 die Vorgaben des KVG

an ein leistungsbezogenes Finanzierungssystem erfüllt.

Am 1. Juni 2018 wird der Verwaltungsrat über das weitere Vorgehen entscheiden. Verschiebung des Einführungstermins: 1. Januar 2020 – ja oder nein.

Bilanz der SwissDRG AG nach 10 Jahren ist positiv

Die Bilanz der SwissDRG AG nach 10 Jahren ist positiv. Die von den Tarifpartnern und den Kantonen getragene SwissDRG AG hat sich als Organisation für die Entwicklung von Tarifstrukturen und deren Pflege etabliert und bewährt. Leistungsbezogene gesamtschweizerische einheitliche Tarifstrukturen sind in den beiden Bereichen Akutsomatik (einschliesslich Geburtshäuser) und Psychiatrie eingeführt und werden weiterentwickelt. Die Tarifstrukturen SwissDRG und TARPSY schaffen Transparenz, ermöglichen Betriebsvergleiche und eine gerechte Vergütung der Leistungen. Die Tarifstruktur in der Rehabilitation ist technisch erstellt. Die Einführung ist noch offen, die Datenqualität ist generell noch verbesserungsbedürftig.

Die im Vorfeld der Einführung von SwissDRG geäusserten Befürchtungen von «blutigen Entlassungen» und von einer «Drehtüren-Medizin» wie auch von einer Verschlechterung der Versorgungsqualität haben sich nicht bewahrheitet.

Aktuelle Themen und Herausforderungen der SwissDRG AG

Verbesserung der Daten

Für die Entwicklung und Weiterentwicklung der Tarifstrukturen ist es notwendig, die Datenbasis laufend zu verbessern. Dazu gehören zum einen die von den Spitälern erhobenen Leistungsdaten, zum anderen aber auch die Rahmenbedingungen (CHOP-Klassifikation, medizinische Statistiken, REKOLE). Wir stehen diesbezüglich in engem Kontakt mit dem Bundesamt für Statistik.

Ziel der Weiterentwicklung der Tarifstruktur ist eine möglichst korrekte Abgeltung der Leistungen der Spitäler bei einem effektiven und effizienten Ressourceneinsatz bei hoher Qualität der Leistungserbringung.

Eine wichtige Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Tarifstruktur in diesem Sinne ist eine möglichst präzise und aktuelle Abbildung der Diagnosen und Prozeduren in den Klassifikationssystemen.

Verbesserung der Abbildung der Kosten in den Tarifstrukturen

Die Tarifstrukturen sind als lernende Systeme konzipiert. Sie ermöglichen eine flexible Weiterentwicklung. Die Partner der SwissDRG AG können im Antragsverfahren Leistungen und Medikamente aufzeigen, die ihrer Ansicht nach in der Tarifstruktur in der nächsten Version differenzierter abgebildet werden sollten.

Verbesserung des Leistungsbezugs der Tarifstruktur TARPSY

Der Leistungsbezug soll insbesondere durch die Abbildung von Behandlungen durch CHOP-Codes und durch die Definition psychiatrispezifischer Zusatzentgelte verbessert werden. Bei der Qualität der psychiatrischen Daten besteht ebenfalls grosses Verbesserungspotenzial. Leistungen und Medikamente werden aktuell nur unzureichend oder gar nicht erfasst. Die Leistungserfassung geschieht in vielen Kliniken noch pauschal und hängt von der Aufenthaltsdauer eines Patienten ab, statt von den Behandlungen, die der Patient in Anspruch genommen hat. Zudem werden die Kosten nicht in genügender Qualität auf die Fälle verbucht. Die Kliniken werden engmaschig von der SwissDRG AG betreut, um die Qualität der Daten rasch zu verbessern.

Erarbeitung einer Machbarkeitsstudie «Ambulante Pauschalen»

Der Verwaltungsrat hat in der Sitzung vom 7. Dezember 2017 im Hinblick auf die allfällige Beschlussfassung zur Erarbeitung einer Tarifstruktur für ambulante Pauschalen den Geschäftsführer beauftragt, aufgrund der BAG-Liste eine «Machbarkeitsstudie» zu erstellen. Diese soll auch analysieren, ob die aktuelle Tarifstruktur Fehlanreize beinhaltet, die eine Verlagerung von stationär zu ambulant verhindern. Diese Machbarkeitsstudie des Verwaltungsrats ist bis im September 2018 zu erarbeiten.

Eine analoge Systemoptimierung im Bereich der Psychiatrie soll gegebenenfalls in der Folge angegangen werden.

Erarbeitung einer leistungsbezogenen Tarifstruktur in der Rehabilitation

Eine leistungsbezogene Tarifstruktur kann voraussichtlich im Jahr 2022 auf Basis der Daten 2020 eingeführt werden. Zu diesem Zweck kodieren die Kliniken ihre Leistungen ab 2008 mit dem standardisierten CHOP-Katalog.

Eine leistungsbezogene Tarifstruktur soll aussagekräftige Vergleiche zwischen den Kliniken ermöglichen.

Einbezug Curafutura in die SwissDRG AG

Curafutura ist im Verwaltungsrat der SwissDRG AG nicht vertreten. Der Verband hat von der SwissDRG AG im Oktober 2016 die Übertragung einer angemessenen Anzahl Aktien und einen Sitz im Verwaltungsrat gefordert. Die SwissDRG AG hat in der Folge das EDI mit Schreiben vom 10. Juni 2017 um eine Beurteilung der Frage ersucht, ob Curafutura Anspruch auf eine Vertretung im Verwaltungsrat hat.

Das EDI hat in seiner Antwort vom 14. November 2017 auf die Anfrage der SwissDRG AG betreffend Vertretung der Krankenversicherer in der AG einen Bericht des BAG bis voraussichtlich Mitte Juni 2018 zur Frage der Vertretungsansprüche der Krankenversicherer innerhalb einer Tariforganisation in Aussicht gestellt.



Ruth Humbel, Nationalrätin CVP, Mitglied der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrats (SGK)

Neue Spitalfinanzierung aus der Innensicht einer Parlamentarierin

Reformen im Gesundheitswesen haben es schwer. Verschiedene Reformvorhaben sind in den letzten Jahren gescheitert. 2003 wurde die KVG-Reform schon im Nationalrat abgelehnt. 2012 wurde die Managed-Care-Vorlage in den Räten mit komfortablen Mehrheiten verabschiedet, erlitt dann aber an der Urne eine klare Abfuhr.

Ausnahmen bilden die neue Spitalfinanzierung sowie die Neuordnung der Pflegefinanzierung. Beide kamen erfolgreich und ohne Referendum durch die Räte.

Zur Geschichte der neuen Spitalfinanzierung

Im September 2005 unterbreitete die ständerätliche Kommission einen mutigen Vorschlag zu einem Systemwechsel hin zu einer dualfixen Finanzierung: Stationäre und ambulante Behandlungen sollen von Kantonen und Krankenversicherern nach dem gleichen Verteilschlüssel finanziert werden (30 Prozent Kantone, 70 Prozent Versicherer). Im Ständerat fand dieser beherzte Reformschritt auf Druck der Kantone keine Gnade. Die Vorlage wurde zurückgewiesen. In der Folge erarbeiteten die Räte während zweier Jahre die aktuelle Grundlage für die Spitalfinanzierung. Am 22. Dezember 2007 fand die Schlussabstimmung über die neue Spitalfinanzierung statt. Die Reform wurde ab 1. Januar 2009 gestaffelt in Kraft gesetzt.

2012 wurden die leistungsbezogenen Fallpauschalen SwissDRG eingeführt. Es ist zu betonen, dass der Gesetzgeber einzig eine «einheitliche leistungsbezogene Finanzierung über Fallpauschalen» vorgegeben hat. Auf das Modell SwissDRG haben sich die Tarifpartner H+, FMH, santésuisse mit der GDK bereits eigenständig im Jahr 2004 geeinigt. Umso unverständlicher waren die anfänglichen Widerstände und Verzögerungsstrategien einzelner Spitäler und Ärzte gegen die Einführung der DRG-Pauschalen.

- ▶ Die Kantone hatten bis 2014 Zeit, ihre Spitalplanung an das neue Gesetz anzupassen.
- ▶ Bis 2017 mussten die Kantone ihren Finanzierungsanteil im stationären Bereich auf den gesetzlichen Mindestbetrag von 55 Prozent der Kosten anheben.

Ziele der neuen Spitalfinanzierung

Die Ziele der neuen Spitalfinanzierung waren:

- ▶ gleich lange Spiesse für alle Spitäler auf der Spitalliste
- ▶ die Schaffung von Transparenz bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit
- ▶ freie Spitalwahl für Versicherte
- ▶ Stärkung des Wettbewerbs unter den Leistungserbringern: Dabei ist man davon ausgegangen, dass es zu **Strukturbereinigung** und Spitalschliessungen kommen wird.

Auszug aus der Ratsdebatte

Bei der Vorbereitung der Tagung habe ich wieder einmal das amtliche Bulletin vom 20. März 2007 konsultiert. Bei der Eintretensdebatte habe ich als Kommissionssprecherin unter anderem folgende Ausführungen gemacht:

Ziel ist es, eine Gleichbehandlung aller Versicherten und die Gleichbehandlung sämtlicher Listenspitäler zu erreichen. Konkret haben neu alle Versicherten bei der Behandlung in einem Listenspital Anspruch auf die Beiträge des Versicherers und des Kantons. Damit findet ein Wechsel von der Objekt- zur Subjektfinanzierung statt. Der Kantonsbeitrag wird patientenbezogen ausbezahlt und nicht mehr als Subvention in eine Institution. Zudem gelten für alle Spitäler und Kliniken auf den Spitallisten gleiche Rechte und Pflichten, und sie werden unabhängig von ihrer Trägerschaft gleich finanziert.

Unbestritten waren in der Kommission folgende Punkte gemäss Ständeratsbeschluss:

- ▶ 1. Die möglichst zügige Einführung der Leistungsfinanzierung auf der Basis von gesamtschweizerisch einheitlichen Fallpauschalen gemäss Swiss DRG. Dabei sind die Investitionskosten gemäss Vorgaben des Bundesrats in die Fallpauschalen mit einzukalkulieren.
- ▶ 2. Die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für Transparenz bezüglich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen sowie zur Veröffentlichung der Daten.

Eine Kommissionsmehrheit will analog zum Ständerat, dass der Bund einheitliche Kriterien für die Planung erlässt. Mit dieser Kompetenzdelegation soll erreicht werden, dass die Planung in den Kantonen auf einer objektiveren Grundlage von Qualität, Kosteneffizienz und regionaler Versorgungssicherheit erstellt wird.

In diesem Zusammenhang wurde in der Kommission die Mehrfachrolle der Kantone diskutiert. Die Kantone sind Spitalplaner, Betreiber von Spitälern, Genehmigungsinstanz bezüglich Tarifen und Schiedsrichter beim Scheitern von Verhandlungen. Diese Mehrfachfunktion führt unweigerlich zu Zielkonflikten, namentlich wenn es um die Gleichbehandlung von eigenen Spitälern und Privatkliniken geht. Verfassungsmässig haben die Kantone den Auftrag, die Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. Im stationären Bereich müssen die Kantone dazu aufgrund bedarfsgerechter Spitalplanung Spitallisten erstellen. Die Mehrheit der SGK will, dass diese Planung künftig auf der Basis von objektiveren Kriterien wie Qualität, Kosteneffizienz und regionale Versorgungssicherheit vorgenommen wird. Das heisst, dass bezüglich Voraussetzungen für die Aufnahme auf die Spitallisten gleich lange Spiesse bezüglich Rechten und Pflichten für öffentliche und private Spitäler gelten müssen.

Die Kernelemente der neuen Spitalfinanzierung

- ▶ Gleiche Finanzierung aller Spitälern/Kliniken auf Spitallisten (mindestens 55 Prozent steuerfinanziert)
- ▶ Subjekt- statt Objektfinanzierung
- ▶ Leistungsfinanzierung statt Kostenrückerstattung
- ▶ Einführung einer gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur
- ▶ Kosten- und Qualitätstransparenz
- ▶ Spitalplanung aufgrund von Qualität und Wirtschaftlichkeit

- ▶ Freie Spitalwahl in der Schweiz
- ▶ Gesamtschweizerische Planung der hoch spezialisierten Medizin durch die Kantone

Problematische föderale Umsetzung

Wenn die Kernelemente der Vorlage auf deren Umsetzung hin überprüft werden, zeigt sich ein vielfältiges Bild, das einmal mehr veranschaulicht, dass die Kantone verfassungsmässig für die Gesundheitsversorgung verantwortlich sind und mit diesem Verfassungsauftrag einheitliche KVG-Regeln zu übersteuern vermögen. Nachfolgend Beispiele für eine problematische bis KVG-widrige Umsetzung der Spitalfinanzierung in den Kantonen:

1. Spitallisten und Referenztarife

Das KVG will die freie Spitalwahl in der ganzen Schweiz. Die versicherte Person hat für einen Spitalaufenthalt immer das Anrecht auf Vergütung, welche Wohnsitzkanton und der Versicherer bei innerkantonalen Behandlungen maximal bezahlen müssen. Es war nie die Rede davon, dass sich Spitäler und Kliniken bei allen Kantonen um einen Spitalistenplatz bewerben müssen. Es war klar, dass die Aufnahme auf die Spitalliste des Standortkantons für den freien Zugang über Kantonsgrenzen hinweg genügt. Bezüglich der vollen Kostenübernahme gibt es einzig eine Einschränkung, wenn sich jemand von einem Tiefpreiskanton in einem Hochpreiskanton behandeln lässt. Liegen die Tarife höher als im Wohnkanton, werden nicht die ganzen Kosten erstattet und es braucht eine Zusatzversicherung. Der Grund dafür liegt in der kantonalen Berechnung der Prämien, welche auf kantonalen Preisen und Tarifen beruhen. Es ist indes völlig klar, dass die Versicherten Anspruch haben auf die Rückerstattung des höchsten Tarifs, der im Wohnkanton bezahlt werden müsste. Referenztarife für ausserkantonale Hospitalisationen, welche unter dem höchsten Spitaltarif des Wohnkantons der versicherten Person liegen, sind im KVG nicht vorgesehen.

2. Direktsubventionen an Spitalinfrastruktur und Betrieb

Mit den Fallpauschalen sind sowohl die Investitionen wie auch der Betrieb des Spitals abgedeckt. Wie das Gutachten «Tarif- und Finanzierungsunterschiede im akutstationären Bereich zwischen öffentlichen Spitälern und Privatkliniken, 2013 bis 2015» von Prof. Dr. Stefan Felder, Health Economics vom 15. September 2017 aufzeigt, sind die direkten Zuschüsse der Kantone an die Spitäler sehr unterschied-

lich und lagen 2015 zwischen 70 Franken pro Einwohner und 1083 Franken pro Einwohner. Im gesamtschweizerischen Durchschnitt liegt der Betrag bei 311 Franken pro Einwohner. Diese Spitalzuschüsse laufen meistens unter gemeinwirtschaftlichen Leistungen, welche das KVG vorsieht. In Kantonen mit hohen Zahlungen dürften es aber in erster Linie Direktsubventionen an Spitäler sein. Solche Subventionen wollte das KVG indes unterbinden. Wenn einzelne Kantone weiterhin Direktsubventionen bezahlen, dann schaffen sie damit Wettbewerbsverzerrungen zwischen Spitälern im Kanton wie auch zu Spitälern in anderen Kantonen. Und sie verhindern die geforderte Transparenz. Zu bedenken ist auch, dass in Kantonen mit zusätzlichen Subventionen die Steuerzahlenden doppelt zur Kasse gebeten werden, nämlich mit dem Kantonsbeitrag an die DRG-Pauschale und gleichzeitig durch die Direktsubventionen an Spitäler.

3. Uneinheitliche Kriterien bei Spitalisten

Eine föderale Umsetzung haben wir nach wie vor bei der Gestaltung der Spitalisten. Dabei wollte der Gesetzgeber explizit, dass der Bundesrat einheitliche Planungskriterien auf der Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlässt (Art. 39 Abs. 2ter KVG). Dass es länger braucht für den Aufbau von Messinstrumenten für die Qualität, ist klar. Einen einfachen, messbaren Qualitätsaspekt bilden indes Mindestfallzahlen pro Arzt/Spital. Der Bund hat es indes versäumt, Mindestfallzahlen zu definieren, sodass solche von jedem Kanton nach den Bedürfnissen seiner Spitäler festgelegt werden.

Gemäss Spitalstatistik sind die Fallzahlen sehr unterschiedlich, wie folgende Beispiele aus dem Bereich der spezialisierten Medizin zeigen (Statistik 2014):

- ▶ 91 Spitäler führen Operationen an der Wirbelsäule durch, 10 Spitäler haben über 700 Eingriffe, 28 Spitäler weniger als 60.
- ▶ 11 Spitäler führen Nierensteinbehandlungen durch, 8 Spitäler über 400 Eingriffe, 28 Spitäler weniger als 20.
- ▶ 112 Spitäler behandeln Lungenkrebs, 16 Spitäler über 300 Fälle, 33 Spitäler weniger als 20.
- ▶ 51 Spitäler führen Pankreassekretionen durch, 5 Spitäler mehr als 50 Eingriffe, 26 Spitäler weniger als 10.

Diese Beispiele zeigen, dass in zu vielen Spitälern spezialisierte Medizin mit zu kleinen Fallzahlen angeboten werden. Es ist fraglich, ob die Qualität ge-

währleistet ist, wenn ein Spital pro Jahr keine 10 Pankreassekretionen durchführt. Meines Erachtens sind solch kleine Fallzahlen nicht zu rechtfertigen. Nebenbei sei vermerkt, dass eine Konzentration von spezialisierter Medizin auf Zentrumsspitäler auch den Fachkräftemangel etwas entschärfen würde.

Ambulant vor stationär

Die medizintechnische Entwicklung ermöglicht, dass immer mehr Eingriffe ambulant durchgeführt werden können. Das Verlagerungspotenzial ist längst nicht ausgeschöpft. Vereinzelt Kantone haben Listen erlassen mit Eingriffen, welche ambulant durchgeführt werden müssen.

Diese Vorgaben der Kantone, welche die Verlagerung von ambulant zu stationär beschleunigen werden, sind grundsätzlich zu begrüssen. Die primäre Motivation der Kantone ist indes nicht die Optimierung des Systems, sondern eine Entlastung der Kantonsfinanzen: Bei stationären Behandlungen müssen die Kantone 55 Prozent der Kosten übernehmen. Bei ambulanten Behandlungen zahlen sie nichts, da gehen die gesamten Kosten voll zulasten der Krankenversicherer, das heisst zulasten von uns Prämienzahlenden. Diese Kostenverlagerung ist mitunter ein Grund für das starke Prämienwachstum.

Ab 2019 wird das EDI eine Änderung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) in Kraft setzen mit sechs Leistungsgruppen, welche nur noch bei ambulanter Behandlung vergütet werden müssen. Es gibt jedoch Kantone, welche weitergehen und mehr ambulante Eingriffe vorschreiben. Abgesehen davon, dass ich unterschiedliche kantonale Listen als nicht KVG-konform beurteile, führt diese Kantonalisierung zu neuen Problemen, wenn Patienten ein ausserkantonales Spital aufsuchen, das eine weniger restriktive Liste hat als der Wohnkanton. Was gilt dann, die ambulante Liste des Wohn- oder des Behandlungskantons des Patienten? Das ist eine Frage, welche die GDK beantworten muss. Oder noch besser, sie sorgt dafür, dass es gesamtschweizerisch eine einheitliche Liste für verbindliche vorgeschriebene ambulante Behandlungen gibt.

Ausblick

Im Parlament sind derzeit folgende Vorlagen pending:

- ▶ Vorlage KVG. Stärkung Qualität und Wirtschaftlichkeit
- ▶ Vorlage KVG. Zulassung von Leistungserbringern
- ▶ Kostendämpfungsmassnahmen gemäss Expertenbericht

- ▶ Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS)

Mit EFAS sollen die Fehlanreize durch die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen verhindert sowie die integrierte/koordinierte Versorgung gestärkt werden.

EFAS sieht vor, dass sich die Kantone an sämtlichen Leistungen beteiligen und keine Kostenverschiebungen zwischen Kanton und Versicherern erfolgen. Gestützt auf die aktuellen Zahlen würde der Kantonsanteil (heute 55 Prozent der stationären Spitalkosten) über alle KVG-pflichtigen Leistungen 25,5 Prozent betragen. Die Leistungsfinanzierung erfolgt durch die Krankenversicherer.

Wie eingangs erwähnt, wollte die ständerätliche Kommission bereits vor 13 Jahren im Zusammenhang mit der neuen Spitalfinanzierung einen Systemwechsel auf ein dual-fixes System vollziehen. Damals hätte der Kantonsanteil über alles 30 Prozent betragen. Inzwischen hat folglich eine Entlastung der Kantone stattgefunden, zumal die Krankenkassen auch unter dem früheren Regime an Spitex und Pflegeheimkosten nur Beiträge und keine Vollkosten bezahlten.

Die Kantone sind noch immer mehrheitlich skeptisch gegenüber einem Systemwechsel. Eine ihrer zahlreichen Forderungen betrifft eine Steuermöglichkeit im ambulanten Bereich. Die nationalrätliche Kommission hat diese Forderung in der Vorlage «Zulassung von Leistungserbringern» aufgenommen.

Damit hätten die Kantone weitgehende Steuermöglichkeiten: Sie bestimmen über die Zulassung von Leistungserbringern im ambulanten und stationären Bereich und sie genehmigen oder erlassen Tarife. Vorgesehen ist, dass beide Vorlagen – die KVG-Revision Zulassung von Leistungserbringern sowie EFAS – zusammen in Kraft treten sollen.

Eine einheitliche Finanzierung braucht auch eine einheitliche Tarifierung. Bei der Anpassung und Koordination der Tarife gibt es einen grossen Handlungsbedarf. Die Tarifpartner sind in diesem Bereich gefordert.

Fazit und Wunsch

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass dank der Spitalfinanzierung und Swiss DRG der stationäre Bereich bezüglich Qualitätssicherung fortgeschrittener ist als der ambulante Bereich. Bezüglich Transparenz von Qualitätsvergleichen und Finanzströmen gibt es indes noch einiges zu tun. Zudem

wird die Verlagerung in die ambulante Versorgung Abbau bei den stationären Kapazitäten zur Folge haben müssen.

In Anbetracht des extremen Kosten- und Prämienwachstums der letzten Jahre, sind alle gefordert, in ihrem Bereich das Potenzial zur Effizienzsteigerung zu orten und zu realisieren.

Das KVG ist ein Rahmengesetz mit grossem Handlungsspielraum, nicht nur für die Kantone, sondern vor allem auch für die Tarifpartner. Sie haben es in der Hand, die Tarifautonomie zu nutzen. Tun sie es nicht, wird hoheitlich verfügt. Anschliessend über die zunehmende Regulierung zu schimpfen, ist müssig. Ebenso wenig zielführend sind Wehklagen über den Spardruck, zumal auch hier das Jammern umgekehrt proportional zum Kostenwachstum steht. Bei Reformvorschlägen wissen alle Akteure sofort, was nicht geht, vor allem was im eigenen Bereich nicht geht. Ich plädiere daher für einen Paradigmenwechsel: Solange die Kosten steigen, wird nicht mehr über Spardruck gejammert und niemand reklamiert, was nicht geht, sondern jeder Akteur lokalisiert die Handlungsoptionen im eigenen Bereich und setzt diese um.

Es gibt noch viel zu tun und alle haben zwei Optionen: abwarten oder anpacken. Der Slogan von Nike ist meine Empfehlung: Just do it!



Prof. Christoph A. Meier,
Ärztlicher Direktor Universitätsspital
Basel

Was wollen wir bezahlen: Volume oder Value?

In Absprache mit Prof. Christoph A. Meier und dem Verlag wird seine in der Ausgabe 6/2018 der Zeitschrift «Competence» von H+ Die Spitäler der Schweiz erschienene Abhandlung zur Thematik publiziert.

Focus

Gesundheitssystem und Qualität/ «Value Based Health Care»

Trotz Guidelines, HTA und Choosing Wisely weist die Schweiz eine hohe «Variation of Care» auf. Gefragt ist daher ein neues patientenzentriertes Vergütungsmodell, das auf «Value» für den Patienten statt auf «Volume» fokussiert. – Von Christoph A. Meier

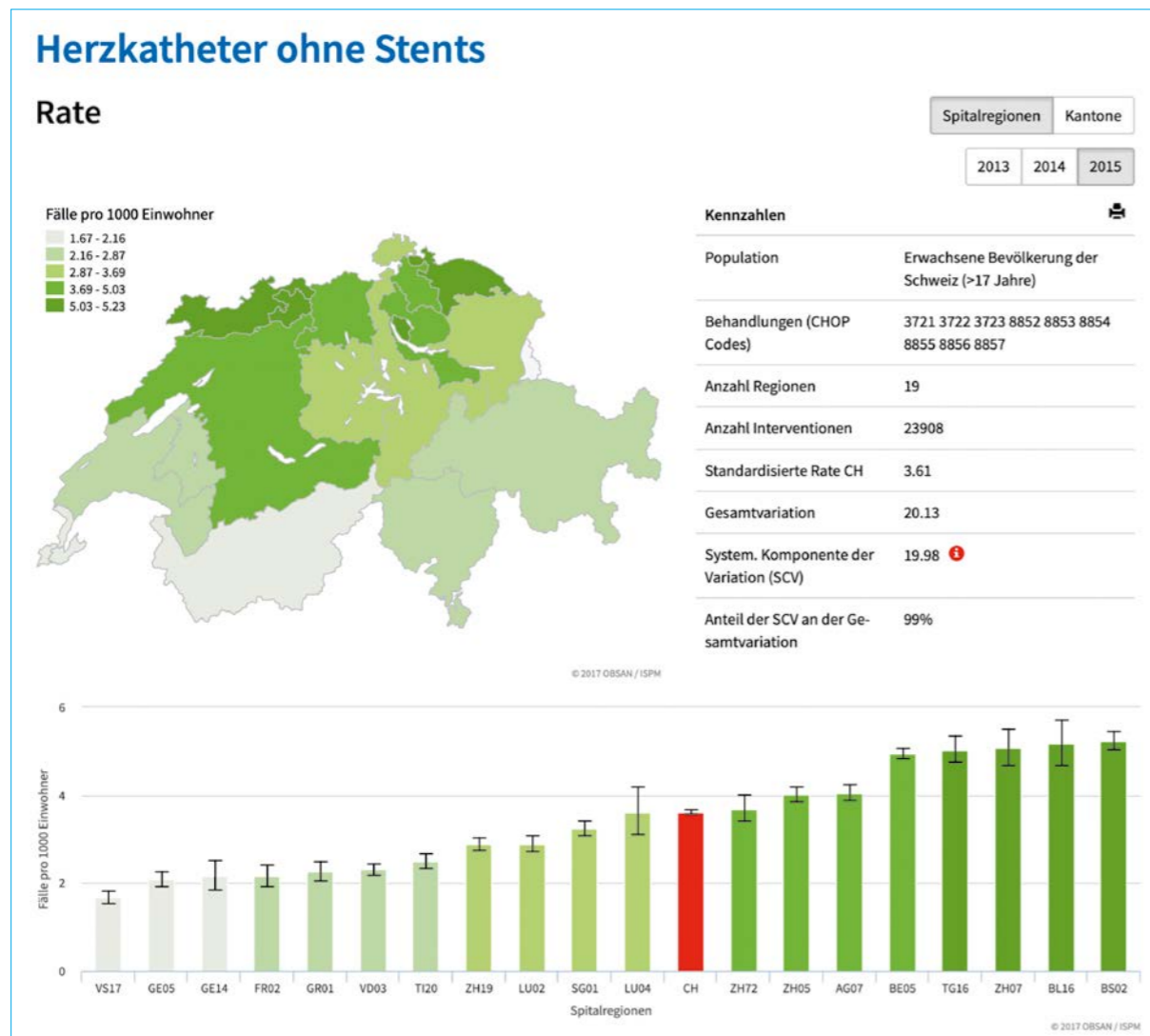
Es besteht kein Zweifel, dass die Schweiz über eine ausgezeichnete medizinische Versorgung verfügt, die auch von der Bevölkerung sehr geschätzt wird. Es ist somit nicht überraschend, dass das Schweizer Gesundheitswesen zu einem der teuersten der Welt zählt, was von Bevölkerung und Politik bisher zur Kenntnis genommen wurde, ohne dass sich ein akuter Handlungsbedarf aufgedrängt hätte. Mit der jährlich wachsenden Prämienlast hat sich dies in den letzten Jahren aber drastisch geändert, sind doch nun die Gesundheitskosten für immer mehr Leute spürbar schwerer zu tragen. Es stellt sich somit die Frage, ob mit weniger Aufwand ein gleich hoher oder – auf den ersten Blick paradoxerweise – sogar noch höherer Versorgungsstandard erreicht werden könnte.

«Both cannot be right»

Die Kostenentwicklung wirft die Frage auf, ob in der Schweiz eine Überversorgung besteht. Tatsächlich gibt es Hinweise, dass dem so sein könnte: In Ländern wie Italien, Spanien, Frankreich oder Japan ist die Lebenserwartung ähnlich hoch wie in der

Schweiz, jedoch zu Kosten, die angepasst an die Kaufkraft des entsprechenden Landes 30 bis 50 Prozent niedriger sind. Nun hängt die Lebenserwartung nur teilweise von der Qualität des Gesundheitssystems ab und daher müssen solche Vergleiche mit Vorsicht interpretiert werden. Schwieriger ist es, die teils grossen Unterschiede der medizinischen Versorgung in der Schweiz zu verstehen.

Solche Analysen sind nun dank des Schweizer Versorgungsatlas¹ möglich. So zeigt sich zum Beispiel bei arthroskopischen Meniskekтомien eine mehr als vierfache Variation zwischen Kantonen oder präziser zwischen Spitalregionen, während Herzkatheteruntersuchungen ohne Stents eine mehr als zweifache Variation aufweisen (siehe Grafik). Es ist schwer verständlich, warum zum Beispiel in der Region Basel diese Untersuchung mehr als doppelt so oft durchgeführt wird als in der Region Genf. Auch wenn daraus nicht abgeleitet werden kann, ob am einen oder anderen Ort zu viele oder zu wenige Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt werden, ist der Schluss evident: «Both cannot be right!»² Entweder werden in Genf zu wenige dieser Untersuchungen durchgeführt oder in Basel zu viele – dies ist kaum mit dem Anspruch einer qualitativ hochstehenden und kostenbewussten Medizin vereinbar.



Geografische Variation der Rate von Herzkatheteruntersuchungen ohne Stents in der Schweiz. Dargestellt ist die Anzahl Fälle pro 1000 Einwohner pro Spitalregion (entsprechend den Einzugsgebieten der Spitäler, nach Klauss G et al., BMC 2005).³

Ursachen

Gründe für eine Über- oder Fehlversorgung in der Medizin gibt es viele. Sie reichen vom Patientenwunsch über eine Gesellschaft, die je länger je weniger bereit ist, auch kleine Risiken und Unsicherheiten zu tolerieren, bis zu ökonomischen Faktoren und Fehlanreizen, die in nicht zu vernachlässigender Weise die Menge der erbrachten diagnostischen und therapeutischen Leistungen beeinflussen.

– Competence 6/2018

Handlungsalternativen

Wie kann die durch ökonomische Anreize befeuerte Tendenz zu «more is better» in vernünftige und allenfalls auch kostengünstigere Bahnen gelenkt werden? Hierfür stehen eine ganze Reihe möglicher Handlungsfelder zur Verfügung:

- ▶ Guidelines können als Leitplanken dienen, innerhalb derer eine vernünftige Medizin

praktiziert werden soll. Es ist aber Vorsicht geboten, wenn diese ausschliesslich von Fachgesellschaften formuliert werden, welche die Tendenz haben, den Patienten als Ganzes sowie das Gesundheitssystem eines Landes ausser Acht zu lassen. Die aktuellen US-Guidelines zu Hypertonie und Hypercholesterinämie in der Primärprävention zeigen eine biomedizinisch absolut korrekte Sicht dieser Problematik, verlieren aber die Perspektive der Gesamtbevölkerung aus den Augen, wenn die Mehrheit der Bevölkerung ab einem bestimmten Alter für eine Pharmakotherapie qualifiziert wird.

- ▶ In reichen Nationen wie der Schweiz ist die Versuchung gross, neue diagnostische und therapeutische Prozeduren in den medizinischen Alltag zu übernehmen, ohne dass dafür immer die notwendige Evidenzbasis existiert. Aus diesem Grund haben viele Länder ein «Health Technolo-

gy Assessment (HTA)» eingeführt, wie zum Beispiel das NICE in Grossbritannien. In der Schweiz analysiert und beurteilt das Swiss Medical Board (SMB) bereits eingeführte diagnostische und therapeutische Leistungen. Eine neue HTA-Einheit des BAG hat nun letztes Jahr ein Programm zur systematischen Überprüfung bestehender und neuer Leistungen gestartet, die von der OKP vergütet werden.

- ▶ Vor über einer Dekade haben vor allem angelsächsische Länder damit begonnen, Guidelines und HTA durch die Kampagne «Choosing Wisely» zu ergänzen. Diese Kampagne ermutigt Fachgesellschaften, Empfehlungen zu häufig verordneten Untersuchungen oder Therapien zu erlassen. Diese Bewegung hat mit «smarter medicine» auch in der Schweiz Einzug gehalten und seit einigen Jahren eine lebhaftere öffentliche Debatte ausgelöst.

Zurück in die Zukunft mit einer patientenzentrierten Medizin

Trotz Guidelines, HTA und Choosing Wisely weisen die USA und die Schweiz eine (zu) hohe «Variation of Care» auf, wie eingangs illustriert wurde. Im Sinne einer patientenzentrierten Medizin, die auf die Präferenzen, Wünsche und Werte der Patienten eingeht und diese in allen medizinischen Belangen miteinbezieht, erscheinen deshalb weitere Massnahmen notwendig:

- ▶ «Shared decision making»: Strukturierte Patientengespräche leisten einen essenziellen Beitrag, nur

diagnostische und therapeutische Leistungen zu erbringen, die auch den Werten, Präferenzen und Bedürfnissen der Patienten entsprechen; Erika Ziltener, Präsidentin des DVSP, illustriert in ihrem Artikel diese Aspekte.

- ▶ Die oben erwähnten Massnahmen werden kaum umgesetzt werden, wenn das Vergütungsmodell für medizinische Leistungen nicht grundsätzlich geändert wird. Konkret bedeutet dies, dass Vergütungen im Sinne von Michael E. Porters «Value Based Health Care» nicht alleine aufgrund der Volumina erbrachter Leistungen erfolgen sollten, sondern auch aufgrund des zum Beispiel durch «Patient Reported Outcome Measurements» quantifizierten Mehrwerts («Value») für den Patienten. Dieser Ansatz, der über die ICHOM-Metriken (International Consortium for Health Outcomes Measurement) bereits mehr als die Hälfte der Krankheitslast der westlichen Welt abdeckt, wäre eine Chance, unser teilweise durch ökonomische Anreize fehlgeleitetes Gesundheitswesen wieder auf eine patientenzentrierte Medizin zu fokussieren und damit «Value» für den Patienten statt «Volume» für die Leistungserbringer zu favorisieren.

¹ www.versorgungsatlas.ch

² vgl. Elliott S. Fisher, www.dartmouthatlas.org

³ Klauss G, Staub L, Widmer M, Busato A. Hospital service areas – a new tool for health care planning in Switzerland



Verena Nold,
Direktorin santésuisse

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Mit Einführung der neuen Spitalfinanzierung hat der Gesetzgeber mehrere Ziele verfolgt. Nebst der Gleichbehandlung von öffentlichen und privaten Spitälern sowie der Einführung der freien Spitalwahl in der ganzen Schweiz, wurden mit leistungsbezogenen Pauschalen und einer konsequenten Subjektfinanzierung zwei Elemente eingeführt, die grossen Einfluss auf die Tarifierung stationärer Leistungen haben.

Seit Einführung der Tarifstruktur SwissDRG in der Akutsomatik im Jahr 2012 haben sich die «Baserates» in zwei Aspekten verändert: Einerseits hat sich die Preisspanne zwischen den Spitälern verringert, andererseits ist der durchschnittliche Basispreis gesunken. Beide Entwicklungen sind im Sinne des Gesetzgebers. Nicht im Sinne des Erfinders ist hingegen die Tatsache, dass sich die «Baserates» der Universitätsspitäler und der eigenständigen Kinderspitäler dieser Entwicklung bislang entzogen haben. So wird die komplikationslose Geburt in den Universitätsspitalern nach wie vor erheblich höher vergütet als in einem Regionalspital. Das heisst, noch immer werden gleiche Leistungen unterschiedlich hoch vergütet. Das Ziel der Leistungsfinanzierung ist somit nicht erreicht.

Zugegebenermassen ist die komplikationslose Geburt kaum der Grund, wieso Universitätsspitäler höhere Basispreise verlangen. Zu Buche schlagen vielmehr die Kosten für die hochspezialisierte Spitzenmedizin; komplexe und teure Leistungen, die aus Sicht der Spitalleitungen in der aktuellen Tarifstruktur unzureichend abgebildet werden. Da die Tarifstruktur die Kostenunterschiede zwischen den Spitälern nicht erklären kann, wird deshalb seitens der Leistungserbringer eine Preisdifferenzierung gefordert.

Losgelöst von der Diskussion über die Systemgüte der SwissDRG-Tarifstruktur wäre dieses Argument nur statthaft, wenn die Universitätsspitäler vorwiegend hochspezialisierte Medizin für die gesamte Schweizer Bevölkerung erbringen würden. Ein Blick in die Daten legt jedoch den Schluss nahe, dass diese zu einem erheblichen Teil die Grundversorgung der lokal ansässigen Wohnbevölkerung sicherstellen. Anders lässt es sich zumindest nicht erklären, wieso der Anteil universitärer Leistungen in den Standortkantonen der Universitätsspitäler überdurchschnittlich hoch ist. Notabene in den Kantonen ohne Stadtspitäler – Genf, Waadt und Basel-Stadt – liegt dieser bei fünfzig Prozent und mehr. Zum Vergleich: In rund der Hälfte der Kantone beträgt er weniger als zehn Prozent. Eine Diskrepanz, die sich kaum mit dem Gesundheitszustand der jeweiligen Bevölkerung erklären lässt.

Um dem Prinzip «gleiches Geld für gleiche Leistung» dennoch zum Durchbruch zu verhelfen, braucht es alternative Preismodelle. Denkbar wäre ein «Zwei-Preis-System». Dabei würden alle DRG nach einem allgemein akzeptierten Algorithmus in zwei Klassen eingeteilt: «Grundversorgung» und «Spezialversorgung». Für die Universitätsspitäler und weitere Spitäler der Spezialversorgung müssten somit zwei unterschiedliche «Baserates» verhandelt werden. Dadurch wäre gewährleistet, dass es in Bezug auf die Basispreise für die Grundversorgungs-DRG keine Abweichungen zu anderen Leistungserbringern mehr gibt. Für die DRG der Spezialversorgung wiederum könnten die Tarifpartner eine höhere «Baserate» verhandeln und so eine Vergütung sicherstellen, die den Auftrag des Gesetzgebers auch tatsächlich erfüllt.



Dr. med. Constanze Hergeth,
Leiterin Akutsomatik der SwissDRG AG

Meilensteine und Highlights aus zehn Jahren SwissDRG AG

Die Geschichte der SwissDRG AG begann im April 2004 mit der Gründung des Vereins SwissDRG. Diese erfolgte auf freiwilliger Basis, zu diesem Zeitpunkt fehlte ein entsprechender Auftrag dafür aus der Bundesgesetzgebung.

Gründungspartner waren die Leistungserbringer, Kassenverbände und Kantone mit dem Ziel, ein gesamtschweizerisches einheitliches Abgeltungssystem (DRG-System) für stationäre akutsomatische Behandlungen zu entwickeln und einzuführen.

Damit wurde ein grosser Stein ins Rollen gebracht. Die Partner entschieden sich dafür, ein bereits bestehendes DRG-Modell auf Schweizerische Verhältnisse anzupassen.

Es wurde eine breit abgestützte Evaluation von sechs Patientenklassifikationssystemen durchgeführt, die engere Ausscheidung erfolgte zwischen IR-DRG und G-DRG anhand eines differenzierten Kriterienkatalogs. Letztlich wurde der Systemscheid für das G-DRG-System am 15. Dezember 2005 getroffen.

Mit der Unterzeichnung des Kooperationsvertrags am 22. März 2006 begann eine langjährige und erfolgreiche Kooperation zur Weiterentwicklung der SwissDRG-Tarifstruktur zwischen der SwissDRG AG und dem deutschen DRG-Institut InEK.

Das KVG befand sich zu dieser Zeit in Revision. Die Vorlage des BR vom 18. September 2000 (BBl 2001 741 ff.) zur Revision des KVG im Bereich der Spitalfinanzierung war nach dreijähriger parlamentarischer Beratung am 17. Dezember 2003 am Votum des Nationalrats gescheitert. In den Beratungen waren jene Änderungsvorschläge, die sich auf die Neuregelung der Spitalfinanzierung bezogen, kaum bestritten.

Schliesslich wurde die Revision des KVG (SR 832.10) in den Bereichen Spitalfinanzierung und Risikoausgleich am 21. Dezember 2007 beschlossen und am

1. Januar 2009 in Kraft gesetzt. Entsprechende Verordnungen wurden am 22. Oktober 2008 verabschiedet. Die Umsetzung der Mehrheit der Massnahmen erfolgte zum 1. Januar 2012, insbesondere die neuen Finanzierungsregeln im Bereich der Spitalfinanzierung.

Damit gehörten zahlreiche verschiedene Entgeltmodelle wie Tagestaxen, Abteilungspauschalen, Prozess- und Leistungstarifierungen, Modelle integrierter Patientenpfade, AP-DRG usw. der Vergangenheit an. Diese wurden von einem schweizweit einheitlichen, auf Vollkosten basierenden und leistungsbezogenen pauschalierenden DRG-System abgelöst.

Im Jahr 2007 wurde die Vereinsstruktur beendet und die SwissDRG AG gegründet. Die AG nahm 2008 ihre operative Geschäftstätigkeit auf. Seit dieser Zeit stehen Verhandlungslösungen sowie strukturierte Entscheide im Zentrum der Arbeiten.

Die SwissDRG-Tarifstruktur wurde als lernendes System konzipiert. Die Weiterentwicklung der Tarifstruktur erfolgt seit dieser Zeit streng datengetrieben.

Weitere Herausforderungen mussten zusammen mit den Partnern gemeistert werden. Neben dem Mapping der deutschen und schweizerischen Prozedurenklassifikationen wurden die Kodierrichtlinien umfassend überarbeitet. Die Medizinische Statistik sowie die Prozedurenklassifikation CHOP wurden umfangreich weiterentwickelt, allein die Anzahl der kodierbaren Codes verdreifachte sich innerhalb von zehn Jahren.

Neben der Definition der Abrechnungsregeln sowie der Erarbeitung eines Reglements zur Kodierrevision war die Einbindung der Fachexpertise der Partner mit der Etablierung des Antragsverfahrens zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur ein wesentlicher Meilenstein.

Die Berechnungsgrundlagen zur Bewertung der Fallpauschalen wurden standardisiert. Mit der Entwicklung eines neuen Bewertungsmodells konnten die Investitions- und Anlagenutzungskosten erfolgreich in das SwissDRG-System integriert werden.

Die SwissDRG AG kann im elften Jahr ihres Bestehens auf ein breit akzeptiertes Entgeltsystem zur differenzierten Abbildung akutsomatischer Leistungen zurückblicken. Eine neue schweizweit einheitliche TARPSY-Tarifstruktur für den Anwendungsbereich Psychiatrie ist im ersten Jahr der Anwendung. Leistungen der Rehabilitation sollen zukünftig ebenfalls national einheitlich abgegolten werden, eine Tarifstruktur wird derzeit erarbeitet.

Schliesslich sei ein Blick in die Zukunft gestattet. Bei der weiteren Entwicklung im Bereich der Gesundheitsversorgung werden kostendämpfende Massnahmen in den Vordergrund rücken.

Der Leistungsbezug innerhalb der Tarifstrukturen könnte mit dem Einbezug der Ergebnis- und Indikationsqualität einen neuen Stellenwert erreichen.

Neben der Neuordnung der Finanzierung im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung werden ebenfalls eine mögliche Abkehr von ambulanten Einzelleistungstarifen und die Etablierung von Pauschalen für ambulante Eingriffe derzeit intensiv diskutiert.



*Dr. med. Jürg Unger-Köppel,
Mitglied des FMH-Zentralvorstands,
Departementsverantwortlicher
Stationäre Versorgung und Tarife*

*Stille Resignation? – Was meinen
die Ärztinnen und Ärzte zu DRG?
Resultate einer repräsentativen
Langzeitbefragung*

Bevor die DRG eingeführt wurden, herrschte in der Ärzteschaft anfänglich Weltuntergangsstimmung. Die Skepsis vor unvorhersehbaren unerwünschten Nebenwirkungen war enorm. Um Fehlentwicklungen frühzeitig erkennen und beheben zu können, setzte sich die FMH früh für eine Begleitforschung ein. Sie installierte ab 2011 eine jährliche repräsentative Befragung der stationär und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz.¹

Die ersten Ergebnisse der Begleitforschung waren in Bezug auf die DRG wenig günstig, aber nach zwei Jahren stieg die Akzeptanz. Damit liesse sich die Sache oberflächlich als erledigt betrachten, doch bei einer zweiten Betrachtung aller Ergebnisse fällt eine höchst beunruhigende Tatsache auf: Die traditionell hohe Zufriedenheit der Medizinerinnen und Mediziner mit ihrem Beruf beginnt zu schwinden. Dabei ist die Spitalärzteschaft noch relativ zufrieden. Aber wenn man die Beantwortung der Frage «Denken Sie über eine Stelle ausserhalb des Schweizerischen Gesundheitswesens nach?» betrachtet, so steigt die Zustimmung zu diesem Punkt besonders bei den Spitalärztinnen und Spitalärzten stetig. Zu dieser Entwicklung mag die Tatsache beitragen, dass seit Einführung der DRG die ärztliche Dokumentationsarbeit stetig zunimmt und dies vor allem zulasten des Nachwuchses. Die Assistenzärzteschaft in der Akut-somatik gibt an, durchschnittlich für «Ärztliche Dokumentationsarbeit/Patientendossier/Berichte verfassen» rund 28 Prozent der täglichen Arbeitszeit aufzuwenden. Da scheinen die konstruktiven Vorschläge zur Entlastung der jungen Ärzteschaft, die der VSAO unter dem Motto «Medizin statt Bürokratie» macht, noch kaum umgesetzt zu werden. Obwohl die Arbeitsplatzattraktivität zunehmend ein zentraler Erfolgsfaktor für die Spitäler ist.

Neue Ideen beim Finanzierungssystem erfordern die aktuellen Entwicklungen: Die vermehrte Verlagerung von Operationen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungsbereich analog der internationalen Entwicklung wird aktuell vom Bundesamt für Gesundheit BAG und verschiedenen Kantonen mit Listen von geeigneten Operationen forciert. Dies, obwohl die Tarifierung mit dem bundesrätlich veränderten TARMED die Kosten meist nicht deckt. Statt einer hoheitlichen Verordnung, wäre eine Einheitliche Finanzierung ambulant/stationär (EFAS) in Verbindung mit einer fairen Tarifierung der viel wirksamere Anreiz für alle Beteiligten. Von den aktuell populären Finanzierungsvorschlägen findet die Idee EFAS auch bei Ärztinnen und Ärzten die stärkste Unterstützung. Die SwissDRG AG will dazu ihren Beitrag leisten und analysiert die Möglichkeit, für die vom BAG auf seiner Liste vorgesehenen Operationen neue short stay (oder zeronight, oneday) DRG zu berechnen. Für eine Tarifierung, die den medizinischen Realitäten gerecht wird, müssen darüber hinaus auch Komplexpauschalen diskutiert und der Einzelleistungstarif weiterentwickelt werden. Denn eine gute und bürokratisch schlanke Tarifierung orientiert sich immer am Patientenprozess.

¹ Die Resultate der repräsentativen Befragung der Ärzteschaft im Auftrag der FMH sind zu finden unter: www.fmh.ch → Stationäre Tarife → Begleitforschung → Entwicklung Rahmenbedingungen Ärzteschaft



*Michael Kleinknecht,
Klinischer Pflegewissenschaftler MNS,
Universitätsspital Zürich*

*Ist eine angemessene Pflege
unter den Fallpauschalen SwissDRG
gewährleistet?*

Einleitung

Fallpauschalen-Finanzierungssysteme können bei Leistungen im akut-stationären Bereich Restrukturierungen auslösen, die zu Kompromissen bei Behandlung und Pflege führen. Dies wiederum kann in der Folge eine Verschlechterung von Patientensicherheit und Behandlungsqualität und damit auch einen Rückgang der Mitarbeitendenzufriedenheit bewirken.

Zur aktiven Sicherung und Entwicklung der Arbeitsumgebungsqualität sind Kennzahlen notwendig. Vor Einführung der SwissDRG 2010 gab es kein umfassendes Tool für das Monitoring von pflegerelevanten Arbeitsumgebungsfaktoren und den damit verbundenen Ergebnissen. Folglich war es Ziel dieser Studie, ein Monitoringsystem mit den dazugehörigen Instrumenten zur Erfassung von Faktoren einzuführen, die zur Sicherung und Entwicklung der pflegerischen Dienstleistung relevant sind.

Methode

Die vom Schweizerischen Nationalfond und weiteren Institutionen finanziell unterstützte Studie wurde in einem Mixed-Methods-Design mit quantitativer und qualitativer Querschnittserhebung sowie einer quantitativen Folge-Querschnittserhebung mit den Pflegefachpersonen aller Bettenabteilungen in fünf Deutschschweizer Spitälern durchgeführt. Die erste Querschnittserhebung wurde im Herbst 2011 mit sechs elektronischen Fragebogen durchgeführt. Zudem wurden Kennzahlen aus anderen Informationssystemen mit aufgenommen. Daran anschliessend wurden sich auf die quantitativen Resultate beziehende Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse kombinierten wir mit Hilfe von Integrations-Matrizen. Im Jahr 2015 wurde die Querschnittserhebung mit den verfeinerten Fragebogen im gleichen Setting wieder-

holt, wiederum ergänzt mit den Daten aus anderen Informationssystemen. Die quantitativen Daten wurden mittels deskriptiver und schliessender Statistik ausgewertet, die qualitativen mittels Knowledge Maps und Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse

Eine vor der Frage «Ist eine angemessene Pflege unter den Fallpauschalen SwissDRG gewährleistet» getroffene Auswahl der Ergebnisse zeigt, dass der Anteil von denjenigen Pflegefachpersonen, die einschätzten, dass sie eine aus professioneller Sicht notwendige Pflegemassnahme nicht wie vorgesehen durchführen konnten, von 2011 auf 2015 um 16 Prozent angestiegen ist. Gleichzeitig sind 2015 in den teilnehmenden Spitälern gegenüber 2011 auf vergleichsweise mehr Abteilungen Patienten mit Dekubitus Ulcera oder Sturzereignissen festgestellt worden. Auf Abteilungen, bei denen die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen als ungenügend eingeschätzt wurden, erlebten Pflegefachpersonen auch eine höhere Belastung durch moralischen Stress und haben vermehrt die Absicht, zu kündigen. Dennoch ist die Zufriedenheit mit der Arbeitsstelle 2015 auf vergleichbar hohem Niveau geblieben.

Fazit

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Balanceakt zwischen Qualitäts- und Ökonomiezielen im Moment noch weitgehend gelingt. Es gilt jedoch, die tendenziellen Veränderungen im Auge zu behalten und weiterzuverfolgen, denn die mit diesem Balanceakt einhergehenden Herausforderungen werden sich mutmasslich noch verstärken. Weitere Monitorings sind notwendig und werden es unterstützen, kennzahlenbasiert angemessen zu agieren und unerwünschte Veränderungen zu korrigieren.



*Michael Waldner,
Rechtsanwalt VISCHER AG, Zürich*

*Tarifstruktur SwissDRG im Jahr 2018:
Basis für einen
fairen Spitalwettbewerb?*

Ich freue mich sehr, heute zu Ihnen sprechen zu dürfen und danke Herrn Hölzer für die Einladung und die freundliche Einführung.

Die heutige Veranstaltung steht unter dem Titel «Rückblick auf zehn Jahre SwissDRG AG». Aus diesem Grund möchte ich das mir vorgegebene Thema «Wettbewerb» auch primär aus der Optik der Tarifstruktur SwissDRG beleuchten, deren Entwicklung in den Händen der SwissDRG AG liegt.

Meine Optik auf das Thema ist dabei in erster Linie diejenige des Anwalts, der in den vergangenen Jahren hautnah die Schwierigkeiten und Herausforderungen erleben konnte, denen sich namentlich grössere Spitäler am Ende der medizinischen Versorgungskette im Umgang mit der Tarifstruktur gegenübersehen. Ich möchte mich dem Thema in drei Schritten nähern: Zuerst möchte ich die Frage aufwerfen, welchen Anforderungen eine Tarifstruktur gerecht werden muss, um Basis für einen funktionierenden Wettbewerb zu bilden. Sodann widme ich mich der Frage, ob SwissDRG diese Anforderungen im Jahr 2018 erfüllen kann und schliesslich möchte ich einige Anregungen geben, wie allfällige Mängel künftig überbrückt werden können.

1. Neue Spitalfinanzierung: «Den Wettbewerb stärken»

Als Ausgangspunkt möchte ich die Zielsetzungen der neuen Spitalfinanzierung in Erinnerung rufen. Wie Sie wissen, stand die neue Spitalfinanzierung ganz wesentlich unter dem Titel der «Stärkung des Spitalwettbewerbs». Kern dieser Forderung ist der Paradigmenwechsel weg von der Objektfinanzierung hin zur Leistungsfinanzierung. Dieser Paradigmenwechsel bringt die Forderung mit sich, dass für Spitalleistungen nicht mehr anrechenbare Kosten rückerstattet werden, sondern dass leistungsgerechte Preise für

einzelne Leistungen bezahlt werden. Mit der Gleichbehandlung der Privatspitäler, dem Einbezug der Investitionskosten und verschärften Vorgaben zur Spitalplanung wurden weitere Schritte in Richtung eines wettbewerbsfreundlicheren Umfelds gemacht. Von mehr Wettbewerb hatte man sich dabei vor allem mehr Effizienz und damit Kosteneinsparungen erhofft.

Tatsächlich fehlen im weiterhin regulierten Spitalmarkt aber wesentliche Voraussetzungen zumindest für einen funktionierenden Preiswettbewerb: So besteht einerseits ein Kontrahierungszwang zwischen allen Listenspitälern und allen Versicherern; die Versicherer können also nicht einfach teure Anbieter ausschliessen und ihre Leistungen bei günstigen Spitälern einkaufen. Andererseits hat auch der Patient wenig Anreiz, sich in einem preislich günstigen Spital behandeln zu lassen, da er die Kosten der Behandlung selbst nicht tragen muss.

Diese Eigenheiten stellen nun für einen wettbewerblichen Markt ein Problem dar, denn die Voraussetzungen für einen funktionierenden Preiswettbewerb sind an sich nicht gegeben. Aus regulatorischer Sicht kann das Problem so gelöst werden, dass der fehlende Preiswettbewerb mit geeigneten Instrumenten «simuliert» wird, das heisst, dass ein Preis ermittelt wird, wie er sich in einem funktionierenden Wettbewerb für Spitalleistungen einstellen würde. Das Ziel besteht dabei darin, einen «kosteneffizienten» Preis zu ermitteln. Kosteneffizienz bedeutet, einen bestimmten Output (das heisst eine OKP-Leistung) zu möglichst geringen Kosten zu erstellen. Die Kosteneffizienz unterscheidet sich von der Ertragseffizienz, welche die Unternehmen naturgemäss anstreben, und die darin besteht, mit einem gegebenen Input einen möglichst grossen Ertrag zu erwirtschaften.

Das Instrument, das der Gesetzgeber zur Lösung dieses Problems vorgesehen hat, ist das Benchmarking, das heisst ein kostenbasierter Betriebsvergleich. Die Grundidee bei dieser Form der *yardstick competition* besteht darin, dass man aus den empirisch beobachtbaren Leistungs- und Kostendaten von Spitälern eine Aussage über einen effizienten Leistungspreis ableiten kann.

2. Zentrale Rolle der Tarifstruktur im simulierten Preiswettbewerb

Mit den Betriebsvergleichen sind wir auch bei der zentralen Rolle der Tarifstruktur SwissDRG angelangt. Die Leistungen, also die Outputs von Spitälern, sind naturgemäss unähnlich und damit grundsätzlich nicht vergleichbar. Ein sinnvoller Vergleich, der auch Effizienzaussagen zulässt, erfordert aber, dass sowohl die Inputs als auch die Outputs, die verglichen werden, tatsächlich vergleichbar sind.

Hier kommt der Tarifstruktur die eigentliche Schlüsselrolle zu: Denn es besteht die Unterstellung, dass die Tarifstruktur über die Kostengewichte der einzelnen DRG die unterschiedlichen Leistungen der Spitäler vergleichbar macht. Es ist anzunehmen, dass der Gesetzgeber ohne Weiteres von einer idealen Tarifstruktur ausgegangen ist und auch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts beruht teilweise – immer noch – auf dieser Idealvorstellung. Allerdings darf von dieser Idealvorstellung – also dem «Sollen» – nicht ohne Weiteres auf das «Sein» geschlossen werden.

3. Systemimmanente Abbildungsgrenzen von DRG-Systemen

Tatsächlich haben DRG-Systeme systemimmanente Abbildungsgrenzen. Eine erste Schwierigkeit sind Fehlbewertungen von DRG, die namentlich bei kleinen Fallzahlen, wie wir sie in der Schweiz antreffen, gehäuft auftreten. Das gravierendere Problem sind jedoch die Mittelungsprozesse, die der Berechnung der Kostengewichte zugrunde liegen. So bilden die *cost weights* in mehrfacher Hinsicht einfach den Durchschnitt aller Spitäler ab. Dies gilt zunächst für die Mittelung der Produktionskosten, wobei regional unterschiedliche Lohn- oder Mietkosten in den *cost weights* nicht abgebildet werden. Eine Mittelung gibt es aber auch auf der Patientenebene. So werden die Fallnormkosten schwererer und leichter Fälle innerhalb ein- und derselben DRG zu einem einzigen Kostengewicht verdichtet. Probleme, die hier entstehen können, sind etwa die inhomogene DRG-interne Fallverteilung, das Thema der «hoch-

defizitären Fälle» oder das *«cherry picking»*, also die Fokussierung auf leichtere Fälle zur Ertragssteigerung. Vielleicht noch schwerwiegender ist sodann die Mittelung der *cost weights* auf der Spitalebene, die dazu führt, dass unterschiedliche Vorhalte- und Verbundleistungen, die nicht einzelnen Patienten zugeordnet werden können, in den *cost weights* ebenfalls nicht abbildbar sind.

Mit Blick auf das heute praktizierte Benchmarking ergeben sich weitere Schwierigkeiten, die allerdings nicht mit der Tarifstruktur SwissDRG direkt zusammenhängen. Ich möchte an dieser Stelle lediglich auf die Vorgaben der VKL zur Bewertung von Anlagenutzungskosten hinweisen. Diese basieren in Bezug auf die Altanlagen, das heisst in Bezug auf Anlagen, die vor dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung geschaffen wurden, auf finanzbuchhalterischen Anlagewerten. Diese Werte basieren auf effizienzfremden, von buchhalterischen Zufälligkeiten abhängigen Faktoren, weshalb sie die tatsächlichen betrieblichen Kosten der Anlagenutzung nicht abbilden und die daher für einen Betriebsvergleich nicht aussagekräftig sind.

Ein weiteres bekanntes Problem stellt die oftmals verdeckte Subventionierung von Spitälern dar, die, wenn sie kostenmindernd verbucht werden, das Benchmarking ebenfalls verzerren.

Und schliesslich werden die Fallnormkosten auch durch zufällige Schwankungen der Fallzahlen und der defizitären und der profitablen Fälle von Jahr zu Jahr beeinflusst, ohne dass dies etwas mit der Effizienz der Leistungserbringung zu tun hätte.

4. SwissDRG – Anamnese: Wie hoch ist die Abbildungskraft?

Es besteht damit eine Reihe von Herausforderungen, denen eine Tarifstruktur gerecht werden muss, wenn auf ihrer Grundlage ein funktionierender Wettbewerb geschaffen werden soll. Dann fragen wir uns jetzt einmal, ob die Tarifstruktur diesen Anforderungen gerecht werden kann:

Als erstes habe ich in dieser Grafik (Abb. 1) die Varianzreduktion der Tarifstruktur für alle Fälle aufgetragen. Wir stellen fest, die Varianzreduktion, die gemeinhin als Gradmesser für die Abbildungsgüte der Tarifstruktur herangezogen wird, hat von Jahr zu Jahr leicht zugenommen.

In der Grafik habe ich dann die Streuung der Fallnormkosten aus den veröffentlichten tarifsuisse-Benchmarkings 2013 bis 2018 aufgetragen. Sie sehen konkret das 10. Perzentil, das 90. Perzentil und dazwischen das 1. und das 3. Quartil. Hier stellen wir

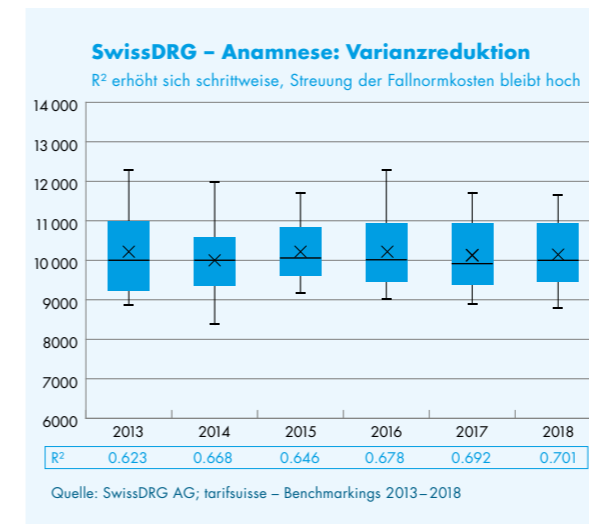


Abb. 1

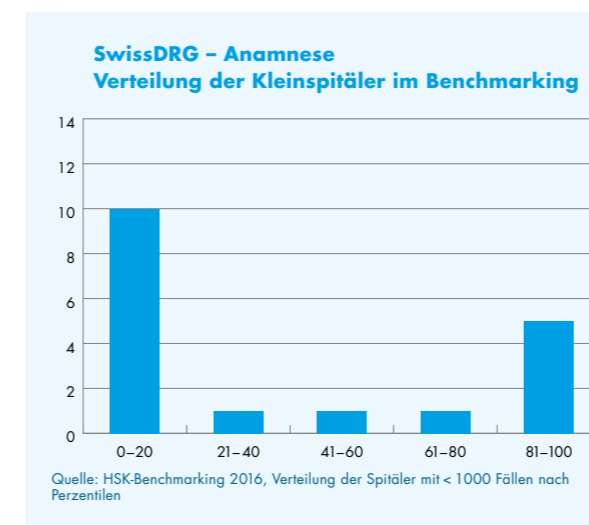


Abb. 3

nun fest, dass trotz der steigenden Varianzreduktion die beobachtete Streuung der Fallnormkosten keineswegs abgenommen hat. Immer noch liegen die Fallnormkosten der zentralen 50 Prozent der Spitäler in einem Streubereich von deutlich über 1000 Franken. Nehmen wir die zentralen 80 Prozent der Spitäler, so beträgt der Streubereich ca. 3000 Franken. Im Ergebnis bedeutet dies, dass sich die beobachteten Fallnormkosten seit Einführung der Tarifstruktur nicht wesentlich angenähert haben.

Im Sinne einer Anamnese habe ich auf den folgenden Folien einmal ein Benchmarking etwas näher analysiert. Es handelt sich um das HSK-Benchmarking des Jahres 2016, welches die Problematik exemplarisch aufzeigt und welches genügend transparent ist, um die nachfolgende Auswertung zu machen.

Auf dieser Folie (Abb. 2) sehen Sie zunächst, wie sich die im Benchmarking enthaltenen Spezialkliniken auf verschiedene Perzentile verteilen. Im ganzen

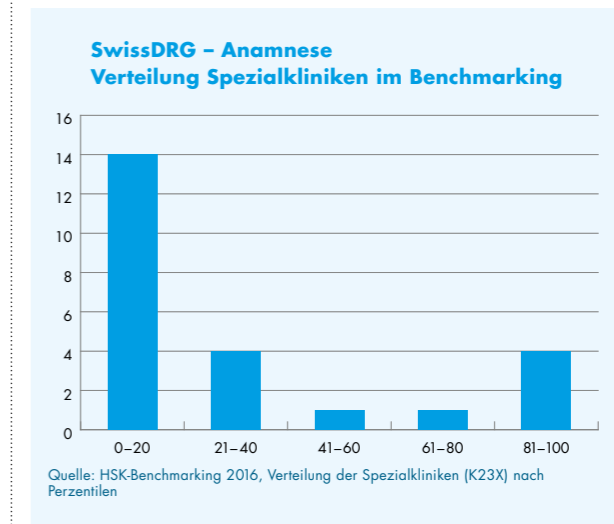


Abb. 2

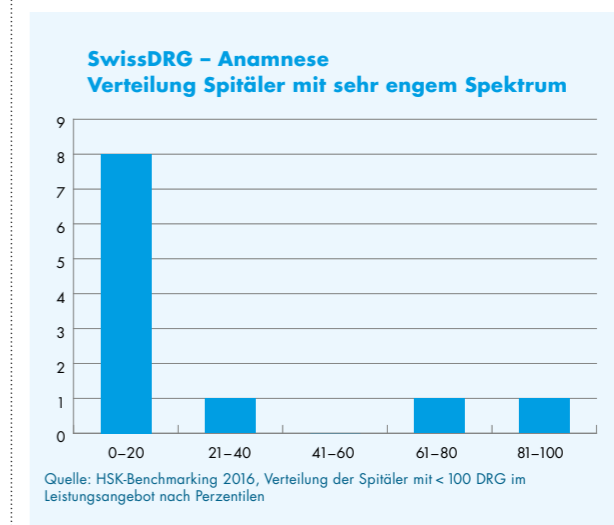


Abb. 4

Benchmarking sind 97 Spitäler enthalten, wovon 24 Spezialkliniken sind. Von diesen 24 Spezialkliniken befinden sich nicht weniger als 14 Spezialkliniken innerhalb des 20. Perzentils aller Spitäler. Wie Sie sehen, gibt es so eine eigentliche Welle mit einer Häufung am untersten Ende, dann sinkt die Zahl ab und nimmt dann am Ende wieder zu. Kann diese Verteilung Zufall sein beziehungsweise sind die Spezialkliniken einfach effizienter als andere Spitäler?

Im gleichen Stil sehen Sie auf dieser Folie (Abb. 3) die Verteilung von Kleinstspitälern im Benchmarking.

Ich habe in dieser Grafik die Grenze bei unter 1000 Fällen gesetzt. Auch hier stellen Sie fest, dass es eine ausgeprägte Häufung dieser Spitäler am untersten Ende sowie am obersten Ende gibt. Auch hier stellt sich die Frage: Sind all diese Kleinstspitäler am unteren Ende einfach effizienter als die grösseren Spitäler? In der nachfolgenden Grafik (Abb. 4) finden Sie eine Auswertung der Verteilung von Spitalern mit sehr engem Leistungsspektrum.

Ich habe das hier definiert als Spitäler, die weniger als 100 DRG anbieten. Es handelt sich um eine Unterkategorie der Spezialkliniken, also jene Spezialkliniken mit dem engsten Spektrum. Der Aussagegehalt ist daher nicht wesentlich grösser als jener in der Folie mit den Spezialkliniken. Aber immerhin sieht man, dass die Häufung am untersten Ende hier noch ausgeprägter ist. Und auch hier die Frage: Sind Spitäler mit engem Spektrum einfach effizienter als Spitäler mit breiterem Spektrum?

Die folgende Grafik (Abb. 5) schliesslich basiert auf dem Preisüberwacher-Benchmarking 2017.

Der Preisüberwacher bezieht auch die Geburtshäuser in sein Benchmarking ein. Wenig überraschend finden wir auch die Geburtshäuser gehäuft am unter-

ten Ende des Benchmarkings. Dies ist daher wenig überraschend, weil die Geburtshäuser mit denselben DRG und *cost weights* arbeiten wie die Spitäler, aber auf ganz andere Fälle ausgerichtet sind und auch nicht über dieselbe Infrastruktur und ärztliche Betreuung verfügen müssen wie ein Spital. Hier scheint es mir offenkundig zu sein, dass die tieferen Fallnormkosten der Geburtshäuser nicht einfach die Folge einer höheren Effizienz sind.

Wenn wir die Auswertung des HSK-Benchmarkings nun zusammenziehen und die einzelnen Besonderheiten aufsummieren, so stellen Sie fest, dass sich unterhalb des 20. Perzentils praktisch nur Spitäler mit einer der Besonderheiten finden, die wir soeben analysiert haben. Eine weitere Häufung dieser Sondersituationen finden wir sodann am obersten Ende des Benchmarkings. Und zwischen diesen Polen finden sich dann die Spitäler, die keine der genannten Besonderheiten aufweisen. Und das Bild ist keineswegs vollständig. Sie könnten die Universitätsspitäler nehmen und würden feststellen, dass diese am obersten Ende des Benchmarkings akkumuliert sind, oder Sie könnten die Anlagenutzungskosten nach VKL analysieren und würden entdecken, dass sich in den untersten 20 bis 30 Perzentilen gehäuft Spitäler mit unrealistisch tiefen Anlagenutzungskosten von 4 oder 5 Prozent finden.

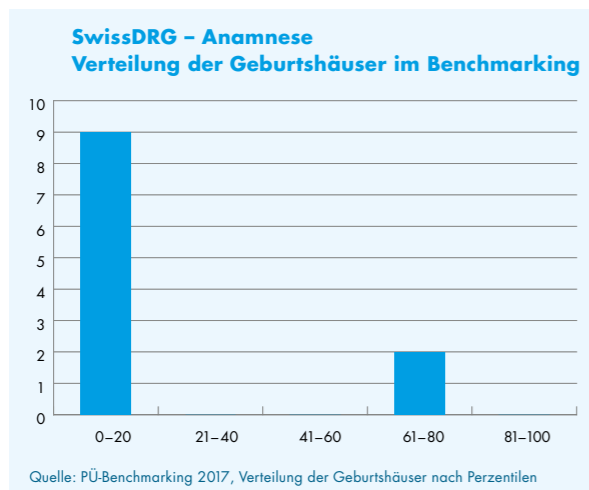


Abb. 5

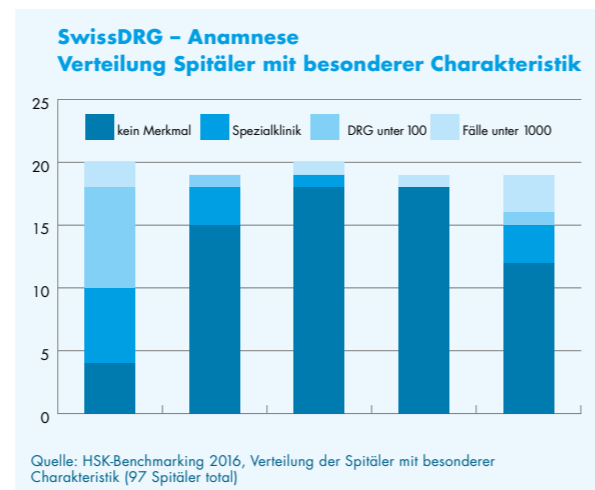


Abb. 6

5. SwissDRG – Diagnose: Es gibt mehrere Problemfelder

Wenn wir nach dieser Untersuchung nun zur Diagnose kommen wollen, so müssen wir wohl Defizite an mindestens zwei Bereichen konstatieren. In einem oberen Bereich, bei den Universitäts- und anderen Endversorgerspitälern hätten wir vor allem das bereits erkannte Problem der hochdefizitären Fälle und der hohen Vorhalte- und vor allem Verbundleistungen.

Das ist aber nicht alles: Vielmehr gibt es auch am unteren Ende ein Problem. Und dieses Problem besteht darin, dass die untersten 20 bis 30 Perzentile des Benchmarkings ebenfalls verzerrt sind: So finden sich dort viele Spitäler, bei denen im Einzelfall zu prüfen wäre, wie weit tatsächlich höhere Effizienz und nicht zum Beispiel unterdurchschnittliche Vorhalteleistungen oder die Ausrichtung auf lukrative Leistungen die Ursache für die tieferen Fallnormkosten sind. Dieser Umstand ist aber gerade dann besonders problematisch, wenn man von der Idealvorstellung eines gesamtschweizerischen Benchmarkings ausgeht. Denn gerade diese Spitäler am untersten Ende geben das (vermeintliche) Effizienzmass für alle übrigen Spitäler vor.

6. Zwischenfazit

Die dargelegten Befunde bedeuten – so viel Zuspitzung sei erlaubt –, dass in einem gesamtschweizerischen Benchmarking unter beliebigen Spitalern nach wie vor Äpfel mit Birnen und Bananen verglichen werden.

Im Sinne eines Zwischenfazit bedeutet dies auch, dass die Voraussetzungen für einen aussagekräftigen gesamtschweizerischen Betriebsvergleich nicht erfüllt sind. Gleichwohl sind wir heute im Jahr sieben nach der Einführung der neuen Tarifstruktur noch nicht wesentlich weiter als am Anfang: Nach wie vor hängen wir der Idee eines gesamtschweizerischen Betriebsvergleichs nach. Ein differenzierter und adäquater Umgang mit der hier beschriebenen Problematik lässt weiterhin auf sich warten. Angesichts des Kostenvolumens von gegen 16 Milliarden Franken ist dies erstaunlich und eigentlich auch erschreckend. Denn unter den gegebenen Umständen kommt der Wahl des Effizienzmassstabs durch den Kanton im Benchmarking die absolut entscheidende Rolle zu. Und wenn es hier nicht gelingt, differenzierende Instrumente zu entwickeln, so droht die Wahl des Effizienzmassstabs vom gewünschten Ergebnis beeinflusst zu sein und damit letztlich rein willkürlich zu werden. Allerdings sollten wir uns damit nicht ein-

fach abfinden, denn es entsteht dadurch für das Spitalsystem als Ganzes die Gefahr von Fehlallokationen und vor allem von Fehlanreizen, sodass sich die Spitäler zulasten der anderen Spitäler so zu positionieren versuchen, dass ihre Erträge optimiert werden.

7. «Therapieansätze»

Wenn wir uns fragen, was das nun für SwissDRG bedeutet, so lohnt es sich vielleicht, zunächst einmal einen Blick über die Grenzen zu werfen. Ich beziehe mich hier auf eine Studie vom November 2017, in welcher die Polynomics AG untersucht hat, wie verschiedene DRG-Systeme mit der Thematik «Hochdefizitfälle» umgehen. Eine wichtige Aussage der Studie finde ich zunächst, dass die internationalen Erfahrungen zeigen, dass alle DRG-Systeme im Verlauf der Zeit einen Reifeprozess durchmachen und mit bestimmten Elementen angereichert werden.

Interessant ist auch, dass durchwegs alle DRG-Systeme, in denen die Spitalvergütungen über die DRG erfolgt, das Problem der Hochkostenfälle erkannt haben. Dass diese Fälle in der Tarifstruktur nicht abgebildet werden können, entspricht damit einer internationalen Erfahrung. Die Schweiz stellt hier keinen Sonderfall dar.

Nur ganz kurz möchte ich darauf hinweisen, dass die Studie auch einen interessanten Überblick über die Lösungsansätze enthält, die verschiedene Länder gewählt haben, um der Problematik der Hochdefizitfälle Herr zu werden. Einerseits ist dies die Abstufung oder Differenzierung der Baserates. Das ist der Ansatz, der heute in ganz engen Grenzen in der Schweiz praktiziert wird, und der namentlich für die Universitätsspitäler anerkannt ist. Andere Systeme haben versucht, prospektiv gewisse Patientencharakteristika zu identifizieren, bei deren Vorliegen ein individueller Zuschlag auf das *cost weight* gewährt wird. Wieder andere Länder haben den Weg über eine Rückversicherung gewählt, die im Prinzip nichts anderes ist als ein Risikoausgleich für Spitäler. Und schliesslich gibt es auch Länder, die für Spitäler mit hohen Verbund- oder Vorhalteleistungen Pauschalzahlungen vorsehen. Die Thematik Vorhalteleistungen wird damit von der Vergütung über die Tarifstruktur ausgeschieden.

Nun, alle diese Lösungsansätze setzen zunächst voraus, dass ein datenbasiertes Problemverständnis vorliegt. Dies sehe ich heute noch nicht beziehungsweise erst in Ansätzen. Zudem haben all diese Ansätze auch ihre eigenen Nachteile, insbesondere können sie die Anreize zu einer effizienten Leistungserbrin-

gung reduzieren. In diesem Sinne möchte ich mich auch nicht festlegen, was denn nun der geeignete Weg voran ist.

So dürfte es für die nächste Zeit dabei bleiben, dass wir den Weg über die Differenzierung der Basispreise gehen müssen. Hier gibt es verschiedene methodische Ansätze wie zum Beispiel Zu- und Abschläge ausgehend von einem Benchmark (heutige Rechtslage), die Bildung von fixen Benchmarking-Gruppen so wie sie das BAG vor einigen Jahren vorgeschlagen hat (heutige Praxis für Unispitäler) oder die Bildung spitalindividueller Benchmarking-Gruppen; hierbei geht es darum, für jedes Spital jene Spitäler zu identifizieren, deren Leistungen mit dem zu benchmarkenden Spital am vergleichbarsten sind. Methodisch handelt es sich dabei um nichts anderes als die Manhattan-Distanzen, die unter der alten Spitalfinanzierung praktiziert wurden und die nun an die neuen Gegebenheiten der Leistungsfinanzierung anzupassen wären.

8. Fazit

Lassen Sie mich damit zum Fazit kommen. Ich meine, dass die Systementwicklung von SwissDRG weit fortgeschritten ist. Was wir heute wahrnehmen, sind zunehmend systemimmanente Abbildungsgrenzen, die auch mit einer weiteren Verfeinerung nicht zu einer wesentlichen Erhöhung der Vergleichbarkeit führen werden. Auf dieser Grundlage müssen wir uns von der Idee eines fairen gesamtschweizerischen Spitalwettbewerbs auf der Grundlage von Fallkosten verabschieden. Tatsächlich sind im Licht internationaler Erfahrungen mittel- und langfristig Optionen ausserhalb der Verfeinerung der Tarifstruktur zu suchen, um eine faire und effiziente Leistungsfinanzierung zu erreichen. Kurzfristig bleibt es aber bei der Notwendigkeit, die Spitaltarife zu differenzieren, wobei ich angesichts der Relevanz der Frage dafür plädieren würde, dass sich die Tarifpartner um einen differenzierteren Umgang mit der Thematik bemühen. Dies bedeutet insbesondere, dass die bestehenden Daten ausgewertet und tarifpartnerschaftliche Modelle für eine faire Differenzierung der Basispreise geschaffen werden. In diesem Sinne danke ich Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

