ANFRAGE Xavier Ganioz **QA 3225.09**

Fallpauschalen/DRG: problematische Einführung

Anfrage

Die schweizweite Einführung der neuen Spitalfinanzierung ist für 2012 vorgesehen. Mit dem neuen System sollen die Spitalleistungen leistungsbezogen finanziert werden. Im Regelfall sollen Pauschalen festgelegt werden, die sich an der medizinischen Diagnose (DRG) orientieren und auf einheitlichen gesamtschweizerischen Strukturen beruhen. Dies wird sich nicht nur auf die kantonale und regionale Spitallandschaft sondern auch auf das Gesundheitssystem als Ganzes auswirken. Einige Kantone haben bereits ein Fallpauschalen- bzw. DRG-System eingeführt und weisen somit auf diesem Gebiet schon Erfahrung auf. Die Einführung des Systems hat zu Konfliktsituationen geführt (Kanton Zug) und die Erfahrungen in Deutschland zeigen, dass die Finanzierung mittels Fallpauschalen/DRG einen starken Druck auf die Kosten der Institutionen des Gesundheitswesens ausübt. Die Fallpauschalen/DRG werden als Werkzeug zur Kosteneinsparung eingesetzt. Dies erhöht den wirtschaftlichen Druck und verstärkt die Tendenz, Patientinnen und Patienten rascher nach Hause schicken zu wollen. Unter solchen Bedingungen besteht die Gefahr einer suboptimalen und lückenhaften Patientenversorgung. Diese Befürchtungen äusserte auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in ihrer Stellungnahme Nr. 15 vom 25. August 2008.

Fragen an den Staatsrat:

1. Wie will der Staatsrat den Verfassungsauftrag einhalten, wonach er ein Gesundheitssystem aufrechterhalten soll, welches das ganze Kantonsgebiet umschliesst und für alle zugänglich ist? Und wie will der Staatsrat namentlich das Phänomen der verfrühten Heimkehr nach einem Spitalaufenthalt verhindern, welches das Risiko einer Infragestellung der Qualität der Gesundheitsleistungen an die Bevölkerung birgt?
2. Was wird der Staatsrat unternehmen, um im Falle einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer eine qualitätsvolle Nachbetreuung (z. B.: Rehabilitations-einrichtungen, Spitex) sicherzustellen?
3. Was gedenkt der Staatsrat zu tun, um die verzerrenden Auswirkungen der DRG-Analyse (Benchmarkingsystem) bei dieser Umstellung zu vermeiden, welche die schweizweite Einführung von einheitlichen Fallpauschalen/DRG mit sich bringt?
4. Inwiefern beeinflusst der Staatsrat die Preisfestsetzung?
5. Wie wird das Personal vor einem Lohndumping geschützt? Und: Wie trägt das Fallpauschalen- bzw. DRG-System den üblichen Löhne des betreffenden Ortes bzw. der betreffenden Branche Rechnung?

11. Mai 2009

Antwort des Staatsrates

A. ALLGEMEINE BEMERKUNGEN

Die Fragen an den Staatsrat betreffen die neue Spitalfinanzierung, die mit einer Teilrevision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) eingeführt wurde,

die wiederum am 1. Januar 2009 in Kraft getreten ist. Diese Revision, deren Auswirkungen in Anwendung der Übergangsbestimmungen hauptsächlich ab dem 1. Januar 2012 zu spüren sein werden, sieht die Einführung eines neuen leistungsorientierten Spitalfinanzierungssystems vor, das auf dem DRG-System beruht.

Der Staatsrat betrachtet es als unerlässlich, so klar und so kurz wie möglich zu erklären, was es mit diesem neuen Finanzierungssystem genau auf sich hat, bevor er auf die Fragen von Grossrat Ganioz eingeht. Dabei möchte er als erstes betonen, dass es in Bezug auf die Einführung des neuen Finanzierungssystems zum jetzigen Zeitpunkt noch zahlreiche Unsicherheiten gibt. Im Übrigen entsprechen die Auslegungen der Kantone nicht in allen Punkten denjenigen, die namentlich von santésuisse vorgebracht wurden, und was die Auswirkungen der Umsetzung dieses Systems anbelangt, so können zurzeit nur Schätzungen angestellt werden.

a) Allgemeines

Früher oder später wird die Revision des KVG zu einem tiefgreifenden Paradigmenwechsel in der Beziehung zwischen Kanton und Spitälern führen. Mit der KVG-Revision werden sowohl die Rolle als auch die Aufgaben des Kantons einen Wandel durchmachen. Gegenwärtig übernehmen die Kantone durch eine «Restfinanzierung» die Defizite ihrer Spitäler und nehmen im Allgemeinen die Rolle des Planers, des Investors und des Betreibers der Spitäler ein. In Zukunft werden die Kantone und Versicherer die Spitäler über den Leistungspreis mitfinanzieren. Die Kantone werden dabei die Rolle des Regulators, des Auftragsgebers und vielleicht auch des Spitalbesitzers einnehmen. Somit wird die Revision gewichtige Auswirkungen auf das Schweizer Gesundheitssystem haben.

Dank der Einführung der Finanzierung durch diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG: *Diagnosis Related Groups*) wird eine verstärkte Kostendämpfung erwartet. Die DRG-Finanzierung soll die Einrichtungen dazu veranlassen, die Betreuung der Patientinnen und Patienten noch besser zu organisieren, was die Dauer ihres Spitalaufenthalts sicherlich verkürzen wird. Die Einführung der DRG ist das Schlüsselelement der Revision, deren Erfolg von der Art, wie die Tarife berechnet werden und von der Qualitätskontrolle abhängen wird.

Eine stärkere Eindämmung der Kosten bedeutet indes nicht unbedingt auch eine Senkung der Kosten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) für die Sozialpartner. Die KVG-Revision wird vor allem eine Umverteilung der Kosten unter den Kantonen und den Krankenversicherern auslösen. In der Folge werden die Kosten für die Kantone ansteigen, weil sich diese ab dem 1. Januar 2012 auch an den Kosten der Patientinnen und Patienten beteiligen müssen, die in auf der Spitalliste aufgeführten Privatkliniken behandelt werden.

Betriebskostenanteile aus Überkapazitäten, Investitionskosten sowie Kosten für universitäre Lehre und Forschung sind gegenwärtig nicht Teil der von der OKP getragenen Kosten (auch: anrechenbare Kosten). Die KVG-Revision definiert die anrechenbaren Kosten neu; künftig werden auch die Investitionskosten dazugehören, weshalb diese von der öffentlichen Hand und den Versicherern mitfinanziert werden müssen.

Die gemeinwirtschaftlichen Leistungen wiederum sind nicht Teil der Kosten zulasten der OKP. Diese beinhalten hauptsächlich die Kosten für Forschung und universitäre Bildung sowie Kosten, die aufgrund der Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen entstehen, und sind zu 100 % zu Lasten des Kantons. Der Kanton wird darauf achten, dass nicht alle übrigen Kosten in diese Kostenkategorie «abgeschoben» werden; deshalb muss auch genau definiert werden, was unter diesen Kosten, die auf die «Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen» zurückzuführen sind, zu verstehen ist.

Im Übrigen muss auf die Einführung der freien Spitalwahl über die Kantonsgrenzen hinaus hingewiesen werden, welche die KVG-Revision ebenfalls mit sich bringt. Diese Massnahme zur schweizweit freien Spitalwahl aus persönlichen Gründen wird das Angebot für die Patientinnen

und Patienten ausdehnen und gleichzeitig einen Transfer der Kosten von der Privatversicherung an den Kanton verursachen. Heute ist der Zugang zu ausserkantonalen Spitälern streng limitiert. Der Kanton beteiligt sich nur im Falle einer medizinischen Notwendigkeit an den Kosten, soll heissen wenn eine Leistung im Kanton nicht angeboten wird oder bei einem Notfall. Ansonsten werden die Kosten für ausserkantonale Spitalaufenthalte zwischen der OKP und den Patientinnen oder Patienten bzw. deren Zusatzversicherung aufgeteilt. Mit der Revision des KVG wird sich der Kanton auch an den Kosten von ausserkantonalen Spitalaufenthalten beteiligen müssen, zu denen sich die Patientinnen oder Patienten aus Gründen des persönlichen Wohlbefindens entschliessen, jedoch höchstens zu dem Tarif, der im Wohnkanton der Patientin oder des Patienten für diese Leistung gilt. Es kann somit auch vorkommen, dass sich die Patientin oder der Patient (oder ihre/seine Zusatzversicherung) in bestimmten Fällen an den Kosten beteiligen muss, namentlich bei Behandlungen in einer Spitaleinrichtung für Leistungen, die nicht auf der Spitalliste des Kantons Freiburg figurieren; die Patientinnen und Patienten müssen auch für den allfälligen Kostenunterschied zwischen dem kantonalen und dem extrakantonalen Tarif aufkommen.

b) Leistungsorientierte Spitalfinanzierung

Nach Artikel 49 Abs. 1 KVG basiert die Vergütung der stationären Behandlung – einschliesslich Aufenthalt in einem Spital – auf Pauschalen, die zwischen den Tarifparteien ausgehandelt werden; in der Regel handelt es sich dabei um Fallpauschalen. Die Pauschalen sind leistungsbezogen und beruhen auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen. Artikel 59 d Absatz 4 der revidierten Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) verlangt ausserdem eine Differenzierung des Tarifes nach Art und Intensität der Leistung.

Artikel 49 Abs. 2 KVG sieht vor, dass die Tarifpartner (Krankenversicherer und Spitäler) gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Strukturen zuständig ist. So wurde die SwissDRG AG geschaffen und mit der Entwicklung und Einführung einer einheitlichen Tarifstruktur für die gesamte Schweiz beauftragt. Ihr Kompetenzzentrum ist das Case Mix Office (CMO).

Anhand der Erfahrungen in anderen Ländern und in der Schweiz wurde für die Akutpflege ein System vom Typ DRG ausgewählt, das zwar auf das deutsche System (G-DRG) basiert, aber eigens auf die Schweiz zugeschnitten wurde.

Das Prinzip der DRG ist es, alle Spitalaufenthalte für eine Akutbehandlung im somatischen Bereich in homogene Gruppen mit ähnlichem Behandlungsaufwand einzuteilen. Ziele der DRG sind namentlich der Beschrieb der Kundschaft sowie der Spitalproduktion, Transparenz, der Vergleich zwischen den Spitälern bzw. den Pflegeabteilungen (*Benchmarking*) und die differenzierte Bezahlung jedes Spitalaufenthaltes. Den einzelnen DRG kommt je nach Ressourcenbedarf ein bestimmtes Kostengewicht (auch: *Cost-weight*) zu, wodurch die Leistungen untereinander verglichen werden können. Entsprechend einer schon vormals in der Schweiz verwendeten DRG-Einteilung haben somit «Eingriffe am Rückenmark» (DRG Nr. 4) ein Kostengewicht von 1.761, während eine «Entlastung des Carpaltunnels» (DRG Nr. 6), ein viel leichterer Eingriff, ein Kostengewicht von 0.356 hat.

Die Umstellung auf die SwissDRG ist zwar eines der Schlüsselelemente der KVG-Revision, ihr Erfolg ist aber noch ungewiss und wird von der Qualitätskontrolle abhängen. Die Kriterien der einzelnen Fälle, darunter auch die Aufenthaltsdauer, sind klar definiert. Die Vergütung für einen kürzeren oder längeren Aufenthalt – mit Ausnahme von Extremfällen, bspw. bei Komplikationen – bleibt ebenfalls die gleiche. Folglich wird es nicht im Interesse der Leistungserbringer liegen, die Patientin oder den Patienten länger als nötig da zu behalten, denn der bezahlte Preis deckt nur die Kosten eines Aufenthaltes, dessen mittlere Dauer zum Voraus standardmässig für jede Leistung festgelegt wurde.

Es besteht also die Gefahr, dass eine Patientin oder ein Patient aus wirtschaftlichen Gründen zu früh entlassen wird, was wiederum vermehrte und kostspielige Rehospitalisierungen oder eine Kostenverschiebung hin zu den Rehabilitationseinrichtungen oder sogar den Pflegeheimen, an die die Akutspitäler noch nicht genügend stabile Fälle weiterleiten, zur Folge haben kann. Ebenso besteht das Risiko, dass einige Einrichtungen versuchen, die einfachsten Fälle herauszupicken um komplizierteren Fällen, welche die Aufenthaltsdauer verlängern könnten, aus dem Weg zu gehen. Um solch einem Verhalten vorzubeugen, muss ausserdem ein besonderes Augenmerk auf die Begleit- und Betreuungsmassnahmen gerichtet werden.

Die SwissDRG AG konzentriert sich vorerst ausschliesslich auf die Akutpflege; was die Finanzierung von Nichtakutfällen anbelangt, so ist es ebenfalls an ihr, sich um die Entwicklung eines Fallpauschalensystems in den Bereichen Geriatrie, Rehabilitation und Psychiatrie zu kümmern könnte.

Die Entwicklung einer leistungsgebundenen Tarifstruktur im nicht akut-somatischen Bereich beruht auf Erfahrungen kantonaler Projekte. Im Bereich der Psychiatrie befindet sich zurzeit in mehreren Kantonen, namentlich im Kanton Freiburg innerhalb des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit (FNPG), ein neues Tarifsystem mit dem Namen psysuisse in der Testphase. Das DRG-System ist für die Finanzierung der psychiatrischen Leistungen nicht geeignet, da die Diagnose weder die Anzahl Leistungen noch die Dauer des Spitalaufenthaltes festlegt. Daher berücksichtigt psysuisse die verschiedenen psychiatrischen Kategorien (allgemeine Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und forensische Psychiatrie), einschliesslich der psychiatrischen Abteilungen in den Spitälern für somatische Pflege. Diese nationale Tarifstruktur, die eine Vergütungsform einführen würde, bei der die Leistungen differenziert und auf Grundlage einer spezifischen Einreihung nach Intensität der Therapie und Schwere des Falls berücksichtigt würden, muss von der SwissDRG AG erst noch validiert werden.

B. BEMERKUNGEN ZU DEN FRAGEN

1. *Wie will der Staatsrat den Verfassungsauftrag einhalten, wonach er ein Gesundheitssystem aufrechterhalten soll, welches das ganze Kantonsgebiet umschliesst und für alle zugänglich ist? Und wie will der Staatsrat namentlich das Phänomen der verfrühten Heimkehr nach einem Spitalaufenthalt verhindern, welches das Risiko einer Infragestellung der Qualität der Gesundheitsleistungen an die Bevölkerung birgt?*

Die Einführung der neuen Spitalfinanzierung stellt die Freiburger Spitalplanung nicht in Frage; weil sie die Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung berücksichtigt, bleibt diese auch weiterhin aktuell. Im Übrigen wird der Staatsrat – entsprechend dem revidierten KVG – den kantonalen und ausserkantonalen Spitälern die notwendigen Leistungsaufträge zur Deckung der Bedürfnisse der Freiburger Bevölkerung zuteilen müssen. Diese Einrichtungen werden auf der Spitalliste des Kantons Freiburg eingetragen. Somit wird der Verfassungsauftrag, ein Gesundheitssystem sicherzustellen, welches das gesamte Kantonsgebiet umfasst und für alle zugänglich ist, auch weiterhin eingehalten.

Wie bereits erwähnt wurde, wird die Problematik der verfrühten Heimkehr in der Schweiz sehr ernst genommen. Daher enthält das SwissDRG-System der leistungsorientierten Finanzierung Leitplanken, die eine verfrühte Entlassung der Patientinnen und Patienten und damit auch die Gefahr einer Verschlechterung der Betreuungsqualität verhindern. Damit Einrichtungen nicht dazu versucht sind, die Patientinnen und Patienten verfrüht zu entlassen, müssen strenge Regeln zur Fallzusammenlegung erlassen werden. Es muss also festgelegt werden, zu welchen Bedingungen ein Wiedereintritt oder eine erneute Verlegung zu einem neuen Fall mit einer neuen Vergütung wird oder nicht. Um einem Umgehen des Systems vorzubeugen, sieht das SwissDRG-System ausserdem Regeln zur Bestimmung und folglich auch zur Einschränkung eines Falls sowie Regeln für die Kodierung und die Abrechnung der gelieferten Leistungen vor.

Darüber hinaus werden, wie bis anhin, auch weiterhin Arbeiten und Studien von zuständigen Organen durchgeführt, wie z. B. vom Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken oder der Stiftung für Patientensicherheit, natürlich stets mit dem Ziel, Qualität zu garantieren und zu fördern.

Zur Erinnerung: In mehreren Kantonen wurde bereits ein DRG-basiertes Vergütungssystem eingeführt (AP-DRG), ohne dass sich dabei die Qualität der Gesundheit verschlechtert hätte.

Auch die Erfahrungen in Deutschland müssen relativiert werden. Die Anwendungsmodalitäten der DRG in Deutschland sind nämlich nicht die gleichen, wie diejenigen, die in der Schweiz eingeführt werden sollen, und auch die Konsequenzen der Einführung werden nicht die gleichen sein; das Schweizer System berücksichtigt ferner die Erfahrungen Deutschlands, um nicht dieselben Fehler zu begehen. Im Übrigen zeigt eine vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und vom Wissenschaftszentrum Berlin gemeinsam durchgeführte Studie, dass bestimmte Entwicklungen, die man der Einführung der DRG zuschreiben will, bereits lange Zeit vor deren Einführung eingesetzt haben. Wie es scheint, ist es auch nicht zu «bloody exits» (verfrühten Spitalentlassungen) gekommen.

2. *Was wird der Staatsrat unternehmen, um im Falle einer Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer eine qualitätsvolle Nachbetreuung (z. B.: Rehabilitations-einrichtungen, Spitex) sicherzustellen?*

Die Spitalplanung vom 31. März 2008 untersucht den Bettenbedarf und berücksichtigt dabei die Tatsache, dass der bevorstehende Bevölkerungsanstieg in einem ersten Schritt durch eine Senkung der mittleren Aufenthaltsdauer kompensiert wird. Die Spitalplanung sieht ein Rehabilitationsangebot an den verschiedenen Standorten des freiburger spitals in Meyriez, Billens und Châtel-St-Denis sowie im interkantonalen Spital der Broye, Standort Estavayer-le-Lac, vor. Wohlgemerkt: Um der Bedarfsentwicklung Rechnung zu tragen, ist eine regelmässige Prüfung dieses Angebots vorgesehen. Sobald die Spitalplanung definitiv umgesetzt worden ist, soll eine erste Untersuchung stattfinden.

Der Staatsrat ist sich ausserdem bewusst, dass wahrscheinlich ein Ausbau und eine Stärkung der Spitex nötig sein werden, um die Rückkehr nach Hause zu betreuen, nachdem sich die mittlere Spitalaufenthaltsdauer womöglich verkürzen wird. Damit ein «Spitalaufenthalt» zu Hause vermieden werden kann, muss ein Gleichgewicht mit dem Spitalsektor gefunden werden. Diese Art von Betreuung, die im Gesetz über die Hilfe und Pflege zu Hause nicht vorgesehen ist, bedarf indes eines erheblicheren Personal- und Zeitaufwandes, der den Spitalkosten gegenübergestellt werden muss.

3. *Was gedenkt der Staatsrat zu tun, um die verzerrenden Auswirkungen der DRG-Analyse (Benchmarkingsystem) bei dieser Umstellung zu vermeiden, welche die schweizweite Einführung von einheitlichen Fallpauschalen/DRG mit sich bringt?*

Die schweizweite Einführung der DRG hat nicht automatisch eine verzerrende Auswirkung auf die vergleichenden Untersuchungen. Das System wird den Vergleich zwischen Spital-einrichtungen und Pflegestationen sicherlich vereinfachen, trotzdem wird es in diesem Zusammenhang wichtig sein, dass die Besonderheiten der einzelnen Einrichtungen und Kantone berücksichtigt werden.

Unerlässlich dafür ist eine klare und detaillierte Kosten- und Leistungsrechnung, mit der die Kostenzusammensetzung verstanden und die Unterschiede – namentlich aufgrund der Gehaltsrichtlinien und der Mietskosten – erklärt werden können. Der Staatsrat wird dafür sorgen, dass die Spitaleinrichtungen alles daran setzen werden, um eine solche Kosten- und Leistungsrechnung vorlegen zu können.

4. Inwiefern beeinflusst der Staatsrat die Preisfestsetzung?

Gegenwärtig greift der Kanton Freiburg nicht in die Tarifverhandlungen zwischen den Leistungserbringern und santésuisse ein; sein Eingreifen beschränkt sich auf die Genehmigung der unter den Parteien ausgehandelten Tarifvereinbarungen bzw. auf die Festlegung eines Tarifs, wenn die Verhandlungen scheitern (Art. 46 Abs. 4 und Art. 47 Abs. 1 KVG).

Mit der neuen Spitalfinanzierung, welche mit der Revision des KVG eingeführt wurde, wird der Kanton also nicht mehr nur die Restfinanzierung des Defizits der Einrichtung sicherstellen, sondern Kantone und Versicherer werden die Spitäler über die Leistungspreise mitfinanzieren. Ausserdem wird der Kanton auch die gemeinwirtschaftlichen Leistungen und im Besonderen auch die Kosten in Verbindung mit der Aufrechterhaltung der Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen festlegen und folglich alleine finanzieren müssen. Weil diese Komponenten ein Grund für die Anwesenheit von Kantonsvertretern bei den Tarifverhandlungen sein könnten, untersucht der Staat gegenwärtig die Rolle, die er künftig im Rahmen dieser Verhandlungen einnehmen wird.

5. Wie wird das Personal vor einem Lohndumping geschützt? Und: Wie trägt das Fallpauschalen- bzw. DRG-System den üblichen Löhne des betreffenden Ortes bzw. der betreffenden Branche Rechnung?

Bisher wurde die Frage, ob in der gesamten Schweiz ein einheitlicher DRG-Punktwert angewendet werden oder dieser sich von Kanton zu Kanton, oder sogar von Einrichtung zu Einrichtung unterscheiden soll, noch nicht entschieden. Sollte der Entscheid am Ende auf einen einheitlichen DRG-Punktwert fallen, werden die Leistungspreise in allen Einrichtungen der Schweiz gleich sein.

Der Staatsrat ist sich bewusst, dass das *Benchmarking* zwangsläufig Druck auf die Kosten ausüben wird. Er wird diese äusserst komplexe Problematik, die derzeit eine rasante Entwicklung durchmacht, auch weiterhin im Auge behalten.

Freiburg, den 29. September 2009