

**Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen:
Stand der Umsetzung und Erfahrungen in den Kantonen sowie im Ausland**

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung des Postulates 09.3061 Goll Christine. Fallkostenpauschalen. Erfahrungen und Stand der Umsetzung vom 5. März 2009

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Ausgangslage	3
1.1 Einführungstermin	4
1.2 Zusammenhang mit anderen Elementen der neuen Finanzierungsordnung	4
1.3 Zuständigkeit der Tarifpartner	4
1.4 Rolle der Organisation zur Pflege der Tarifstrukturen	4
1.5 Aufgaben der Genehmigungsbehörde	4
1.6 Formelle und materielle Anforderungen.....	5
1.7 Einreichung des ersten Genehmigungsgesuchs	6
2 Stand der Umsetzungsarbeiten	6
2.1 Fehlende Unterlagen.....	6
2.2 Auswirkung des Fehlens von Unterlagen auf die Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat	7
2.3 Einbezug der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen	8
2.4 Unsicherheiten im Vorfeld der Umstellung.....	8
2.5 Begleitforschung	8
3 Einbezug der betroffenen Leistungserbringer	9
3.1 SwissDRG AG.....	9
3.2 Rolle der verschiedenen Akteure	9
3.3 Einbezug der Pflege	10
4 Erfahrungen aus anderen Ländern	10
4.1 Deutschland	11
5 Erfahrungen aus den Kantonen, in denen ein DRG-System bereits eingeführt ist	11
5.1 Übersicht über die Kantone, in denen DRG bereits eingeführt sind.....	11
5.2 Erfahrungen im Kanton Waadt.....	12
5.3 Erfahrungen der Versicherer am Beispiel der Helsana	12
5.4 Projekt des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums	13
6 Fazit	13

Zusammenfassung

In ihrem Beschluss vom 21. Dezember 2007 über die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (AS 2008 2049) sehen die Eidgenössischen Räte vor, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen, Ende 2011 abgeschlossen sein muss. Mit diesen werden ab dem Jahr 2012 die Leistungen der Spitäler im stationären Bereich vergütet.

Angesichts der Komplexität der Materie ist der Zeitrahmen, in dem die Tarifpartner leistungsbezogene Tarifstrukturen insbesondere für den akutsomatischen Bereich, für die Rehabilitation und für die Psychiatrie entwickeln und diesbezügliche Tarife vereinbaren müssen, äusserst eng. Im Hinblick darauf, dass der Bundesrat zeitgerecht über die Beurteilungsgrundlagen verfügt, die er im Hinblick auf seinen Genehmigungsentscheid benötigt, hat er auf Verordnungsebene detaillierte Vorgaben erlassen und im Hinblick auf die Einhaltung des im Gesetz vorgegebenen Einführungszeitpunkts Fristen festgesetzt. Die von den Tarifpartnern unterbreiteten Unterlagen sind unvollständig und werden den Anforderungen nicht in vollem Umfang gerecht. Den Tarifpartnern wurden Nachfristen für die Nachbesserung und die Einreichung der noch fehlenden Dokumente an den Bundesrat gewährt.

Leistungsbezogene Pauschalen sind in verschiedenen Kantonen sowie in der obligatorischen Unfallversicherung vor längerer Zeit eingeführt worden. Es hat sich gezeigt, dass die diesbezüglichen Tarifstrukturen der Kostenwahrheit für die Leistungen der Spitäler wesentlich näher kommen als andere Vergütungsformen wie zum Beispiel die Tagespauschalen. Mit der bevorstehenden Neuausrichtung sowie mit der Transparenz, die mit der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen, einhergeht, werden sowohl spitalintern sowie auch in und zwischen den Kantonen Veränderungsprozesse ausgelöst.

Mit der flächendeckenden Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen, die auf einheitlichen Strukturen beruhen müssen, wird die Transparenz gefördert. Dies hat zur Folge, dass der wirtschaftliche Druck, dem die Spitäler unterliegen, steigen wird. Sowohl die Spitalleitungen als auch die Kantonsregierungen werden mit neuen Herausforderungen konfrontiert und die Umstellung gibt zu Fragen und Befürchtungen Anlass. Der Bericht des Bundesrates äussert sich zu jenen Aspekten, die im gegenwärtigen Zeitpunkt beurteilt werden können.

1 Ausgangslage

In der Wintersession 2007 haben die Eidgenössischen Räte die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) im Bereich der Spitalfinanzierung beschlossen (AS 2008 2049). Einer der Schwerpunkte war der Übergang zur Leistungsfinanzierung sowie die Einführung von leistungsbezogenen Pauschalen, die auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen. Leistungsbezogene Pauschalen sind in der Regel Fallpauschalen. Fallpauschalen dürften insbesondere im akutsomatischen Bereich zur Anwendung kommen. In anderen Bereichen, wie insbesondere Psychiatrie und Rehabilitation, sind auch andere Arten des Leistungsbezugs denkbar. Die Investitionskosten werden bei der Ermittlung der leistungsbezogenen Pauschalen einbezogen. Die Vergütungen werden vom Wohnkanton der versicherten Person und von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung anteilmässig übernommen. Der Kantonsanteil beträgt mindestens 55 Prozent. Die Kantone haben bis zum 1. Januar 2017 Zeit, diesen Kostenanteil zu erreichen.

1.1 Einführungstermin

Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007 bestimmt, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein muss.

1.2 Zusammenhang mit anderen Elementen der neuen Finanzierungsordnung

Die Einhaltung des Termins vom 31. Dezember 2011 durch die Tarifpartner ist entscheidend für die Umsetzung des neuen Systems der Spitalfinanzierung, denn eine Reihe anderer Termine sind direkt an dieses Datum gebunden: Die kantonalen Spitalplanungen müssen innerhalb von drei Jahren ab dem Einführungszeitpunkt der leistungsbezogenen Pauschalen angepasst sein; die Kantone legen ihren Vergütungsanteil vor dem Datum der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen fest; die freie Spitalwahl wird mit Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erweitert und umgesetzt.

1.3 Zuständigkeit der Tarifpartner

Nach Artikel 46 Absatz 1 KVG werden die Tarife zwischen einem oder mehreren Leistungserbringern oder deren Verbände einerseits und einem oder mehreren Versicherern oder deren Verbände andererseits vereinbart. Nach Artikel 46 Absatz 4 KVG bedürfen die Tarifverträge der Genehmigung durch die zuständige Kantonsregierung, oder wenn ein Tarifvertrag für die ganze Schweiz gelten soll, durch den Bundesrat.

1.4 Rolle der Organisation zur Pflege der Tarifstrukturen

Artikel 49 Absatz 2 KVG sieht vor, dass die Tarifpartner gemeinsam mit den Kantonen eine Organisation einsetzen, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen für jeden einzelnen Bereich (Akutsomatisch, Psychiatrie, Rehabilitation, usw.) zuständig ist. Zu diesem Zweck haben die Verbände der Tarifpartner (santésuisse und H+ Die Spitäler der Schweiz) zusammen mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) am 18. Januar 2008 die gemeinnützige Aktiengesellschaft SwissDRG gegründet.

Die Tarifpartner müssen die von der Organisation erarbeiteten Strukturen sowie deren Anpassung dem Bundesrat zur Genehmigung unterbreiten.

1.5 Aufgaben der Genehmigungsbehörde

Weil die Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG auf gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen müssen, ist der Bundesrat Genehmigungsbehörde. Im Rahmen der Genehmigung des Tarifvertrages obliegt ihm namentlich die Prüfung, ob die ihm unterbreiteten Tarifstrukturen den gesetzlichen Vorgaben entsprechen und insbesondere mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang stehen. Das Eidg. Departement des Innern (EDI) als fachlich zuständige Einheit bereitet die-

sen Entscheid des Bundesrates vor. Für das EDI führt das Bundesamt für Gesundheit (BAG) diese Prüfung durch. Zum einen wird dabei geprüft, ob die Tarifstrukturen den in Artikel 46 Absatz 4 KVG festgehaltenen Anforderungen entspricht. Zum anderen wird überprüft, ob die Unterlagen vollständig sind und ob sie die in den Artikeln 59d und 59e der Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) sowie den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV (AS 2008 5097) festgehaltenen Anforderungen erfüllen.

Von der neuen Finanzierungsregelung ist mit dem stationären Spitalbereich der grösste Kostenblock der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) betroffen. Bis anhin hat kein Wechsel eines Tarifmodells eine derartige Dimension eingenommen. Zur sachgerechten Umsetzung eines derart umfassenden Tarifmodells sind Anwendungsmodalitäten nötig. Daher und weil die diesbezüglich von den Tarifpartnern vereinbarten Modalitäten die Kostenwirkung beeinflussen, bilden diese integralen Bestandteil des Tarifmodells und sind dem Bundesrat zur Genehmigung zu unterbreiten. Die effektiven Vergütungen der Spitäler in Form von Pauschalen, die auf den gesamtschweizerisch einheitlichen Strukturen beruhen sind ebenfalls von den Tarifpartnern zu vereinbaren. Die Genehmigung erfolgt, falls pro Struktur nicht für die ganze Schweiz ein und dieselbe Vergütung gelten soll, durch die jeweils zuständige Kantonsbehörde.

Nach Artikel 14 Absatz 1 des Preisüberwachungsgesetzes vom 20. Dezember 1985 (PüG; SR 942.20) haben die für die Genehmigung von Tarifverträgen aufgrund Artikel 46 Absatz 4 KVG zuständigen Instanzen diese dem Preisüberwacher zur Stellungnahme zu unterbreiten. Die Genehmigungsbehörde hat die Stellungnahme des Preisüberwachers in ihrem Beschluss bekannt zu geben und eine etwaige abweichende Haltung ihrerseits zu begründen (Art. 14 Abs. 2 PüG).

1.6 Formelle und materielle Anforderungen

Die Tarifpartner müssen dem Bundesrat den Tarifvertrag zwischen den Tarifpartnern im stationären Bereich im Sinne des Artikels 46 Absatz 4 KVG zur Genehmigung unterbreiten. Im Falle eines Systems vom Typus DRG (Diagnosis Related Groups) und beim ersten Gesuch um Genehmigung eines nationalen Tarifvertrages nach Artikel 59d KVV sowie den Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV sind dem Bundesrat die folgenden Elemente zur Genehmigung zu unterbreiten:

- die einheitliche Tarifstruktur;
- die Anwendungsmodalitäten des Tarifs;
- das Kodierungshandbuch;
- ein Konzept zur Kodierrevision;
- ein gemeinsamer Vorschlag der Tarifpartner über die bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen, namentlich Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

Um dem Bundesrat die Prüfung der oben erwähnten Genehmigungsobjekte entsprechend Artikel 46 Absatz 4 und Artikel 49 Absatz 2 KVG zu ermöglichen, müssen zusammen mit dem Gesuch nach Artikel 59d KVV folgende Unterlagen eingereicht werden:

- die Berechnungsgrundlagen und Berechnungsmethode;

- die Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierstellung;
- die Schätzungen über die Auswirkungen der Anwendung des Tarifs auf das Leistungsvolumen und auf die Kosten für sämtliche nach Artikel 49 Absatz 1 des Gesetzes geregelten Bereiche, einschliesslich der vor- und nachgelagerten Bereiche;
- ergänzende Unterlagen über die Anforderungen, welche die Spitäler erfüllen müssen, damit sie bei der Erarbeitung der Tarifstruktur einbezogen werden können.

Artikel 49 Absatz 2 sieht des Weiteren vor, dass pro abgerechneten Fall ein kostendeckender Beitrag zur Finanzierung der Tätigkeit der Organisation erhoben werden kann, die für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege der Tarifstrukturen zuständig ist.

Absatz 3 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV hält fest, dass die Tarifpartner dem Bundesrat den Betrag des Fallbeitrags spätestens zusammen mit dem ersten Genehmigungsgesuch des Tarifvertrages nach Artikel 59d KVV zur Genehmigung unterbreiten müssen. Nach Artikel 59e Absatz 1 KVV sind dem Gesuch ein Tätigkeitsbericht der Organisation und ein Budget beizulegen, mit denen die Notwendigkeit des beantragten Betrags begründet wird.

1.7 Einreichung des ersten Genehmigungsgesuchs

Absatz 2 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 22. Oktober 2008 der KVV bestimmt, dass dem Bundesrat das erste Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrages nach Artikel 59d KVV spätestens am 30. Juni 2009 unterbreitet werden muss, einschliesslich den von den Tarifpartnern vereinbarten Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen (Monitoring) sowie die Korrekturmassnahmen.

2 Stand der Umsetzungsarbeiten

Das Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrages betreffend die DRG-Tarifstruktur für den akutsomatischen Bereich wurde dem Bundesrat am 9. Juli 2009 vorgelegt. Dieses Gesuch betrifft die von den Tarifpartnern als "Arbeitsversion" bezeichnete Version 0.2 von SwissDRG, die es von der Einführungsversion (1.0) zu unterscheiden gilt.

2.1 Fehlende Unterlagen

Das Genehmigungsgesuch vom 9. Juli erfüllt die Anforderungen der KVV nicht, da die für die Erarbeitung der Tarifstrukturen verwendeten Berechnungsgrundlagen fehlen, Schätzungen über die Auswirkungen auf die Kosten nicht vorgenommen wurden sowie ein Vorschlag für das Monitoring der Kostenentwicklung, der die Korrekturmassnahmen einschliesst, und ein konkretes Konzept zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen nicht vorhanden sind. Für die anderen Bereiche (Psychiatrie, Rehabilitation usw.) sind gewisse Projekte im Gang. Es existiert jedoch kein auf nationaler Ebene abgestimmtes Projekt. Die SwissDRG AG ist in keines der Projekte direkt involviert und hat sich darauf beschränkt, dem Bundesrat gleichzeitig mit dem Genehmigungsgesuch vom 9. Juli 2009 einen Bericht über die Situation und die Perspektiven für die Umsetzung in den verschiedenen Bereichen zuzustellen. Aus diesem Bericht geht hervor, dass die Einhaltung des im Gesetz festgelegten Termins vom 31. Dezember 2011 für diese beiden Bereiche nicht möglich ist.

Weil im unterbreiteten Genehmigungsgesuch wesentliche Unterlagen beziehungsweise Informationen fehlten, konnte die Überprüfung nur ansatzweise aufgenommen werden. Das BAG hat sich als Instanz, die das Geschäft zuhanden des EDI vorbereitet, am 31. Juli an die Tarifpartner gewandt und gefordert, dass das Genehmigungsgesuch vom 9. Juli 2009 vervollständigt werden muss. Im Rahmen eines Treffens mit den Tarifpartnern vom 26. Oktober 2009 wurde diesen bis spätestens Ende Dezember 2009 Zeit eingeräumt, um das Genehmigungsgesuch zu vervollständigen. Die dem BAG in der Folge dieses Treffens am 19. November 2009 zugesandten Unterlagen haben sich jedoch als ungenügend erwiesen, um die Anforderungen der KVV zu erfüllen. In Anbetracht dieses Umstandes hat das BAG am 11. Dezember 2009 eine erste "Reporting"-Sitzung einberufen mit dem Ziel, den Tarifpartnern und den Vertretern von SwissDRG die Gelegenheit zu geben, das BAG über den Stand der Arbeiten und die offenen Fragen zu informieren und gegebenenfalls mögliche Lösungen zu diskutieren. Nach dieser Sitzung war es offensichtlich, dass, mit Ausnahme der Unterbreitung eines Vorschlags zur Schätzung der Auswirkung der Tarifanwendung auf die Kosten, die in der KVV verankerten Anforderungen sowohl bezüglich der Berechnungsgrundlagen als auch des Monitorings der Kostenentwicklung und des Konzepts zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen bis Ende 2009 nicht erfüllt werden können.

2.2 Auswirkung des Fehlens von Unterlagen auf die Genehmigung der Tarifstruktur durch den Bundesrat

Mit Absatz 1 der Übergangsbestimmungen zur Gesetzesänderung vom 21. Dezember 2007, der festhält, dass die Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen nach Artikel 49 Absatz 1 KVG sowie die Anwendung der Finanzierungsregelung nach Artikel 49a mit Einschluss der Investitionskosten spätestens am 31. Dezember 2011 abgeschlossen sein müssen, wird der Zeitraum, der den Tarifpartnern sowie der Genehmigungsbehörde zur Verfügung steht, befristet.

Angesichts der Komplexität der Materie braucht die Genehmigungsbehörde für die verwaltungsinterne Prüfung genügend Zeit. Die Genehmigungsbehörde hat wie erwähnt zu prüfen, ob der Tarifvertrag mit dem Gesetz und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und Billigkeit in Einklang steht. Zudem muss sichergestellt sein, dass die Tarifpartner über valable Instrumente verfügen, die es ihnen erlauben, namentlich die Kostenentwicklung sowie die Qualität zu überwachen und bei sich anbahnenden Fehlentwicklungen Korrekturmassnahmen zu ergreifen.

Da die in der KVV festgelegten Termine und Anforderungen für das Gesuch um Genehmigung des Tarifvertrags von der Swiss DRG AG und den Tarifpartnern nicht eingehalten wurden, ist es nicht möglich, die ursprünglich von der Verwaltung vorgesehenen Frist, das heisst bis Ende Dezember 2009, für die Genehmigung oder Nicht-Genehmigung durch den Bundesrat einzuhalten. Zurzeit ist das Ziel, dass der Bundesrat im Frühjahr 2010 in Bezug auf die sog. Arbeitsversion der für den akutsomatischen Bereich anwendbaren Tarifstruktur Beschluss fassen kann. Trotz des im Genehmigungsprozess entstandenen Rückstands bleiben, wie oben unter Ziffer 2.1 erwähnt, die in der KVV verankerten Anforderungen bestehen. Deshalb erwartet der Bundesrat von den Tarifpartnern, dass sie ihr Genehmigungsgesuch vom 9. Juli 2009 in dem vom BAG in seinem Schreiben vom 31. Juli 2009 erwähnten Sinn ergänzen. Die oben erwähnte Arbeitsversion bildet die Basis für die in einem späteren Zeitpunkt zu unterbreitende Einführungsversion der Tarifstruktur, die ihrerseits wiederum der bundesrätlichen Genehmigung bedarf.

2.3 Einbezug der Investitionskosten in die leistungsbezogenen Pauschalen

Die Integration der Investitionskosten in die Tarifstruktur ist für eine so genannte fallgerechte leistungsbezogene Vergütung unabdingbar. In den Unterlagen, welche die Tarifpartner dem Bundesrat im Rahmen des Verfahrens zur Genehmigung des Tarifvertrages SwissDRG 0.2 für den akutsomatischen stationären Bereich unterbreitet haben, wird ein Beschluss des Verwaltungsrates der SwissDRG AG erwähnt, wonach in der Einführungsversion der Tarifstruktur (Version 1.0) die Investitionskosten nicht berücksichtigt werden. Indem die Investitionskosten nicht in die dem Bundesrat unterbreitete Arbeitsversion der Tarifstruktur integriert sind, ist der Leistungsbezug der Tarifstruktur mit einer wesentlichen Verzerrung behaftet. Die Tarifpartner müssen im Rahmen der im KVG vorgesehenen Tarifautonomie die Investitionskosten in den leistungsbezogenen Pauschalen zwingend berücksichtigen. Die Klärung dieses Aspektes ist Aufgabe der Tarifpartner. Insbesondere gilt dies betreffend den Leistungsbezug. Diese materielle Forderung an die Tarifpartner wird auch im Rahmen des Genehmigungsverfahrens nach der erwähnten grundsätzlichen Vervollständigung der eingereichten Unterlagen bestehen bleiben.

2.4 Unsicherheiten im Vorfeld der Umstellung

In verschiedenen Kantonen ist im zweiten Halbjahr 2009 eine Diskussion über die Spitalinvestitionen geführt und von der Tagespresse aufgenommen worden. Die Ursache ist in der Ankündigung zur Umstellung zur Vergütung zu leistungsbezogenen Pauschalen zu vermuten. Alle Spitäler haben im Vorfeld zur definitiven Umstellung zur Vergütung mittels leistungsbezogenen Pauschalen den Anreiz, möglichst gut ausgerüstet in das neue auf mehr wirtschaftlichen Druck ausgerichtete Spitalsystem (DRG, sog. freie Spitalwahl) zu treten. Insbesondere haben die Kantone Anreize, ihre Spitäler im Vorfeld im Sinne eines Standortwettbewerbs aufzurüsten, in der Hoffnung, dass die anderen Spitäler vor allem in den benachbarten Kantonen im Laufe der Zeit aus dem Markt gedrängt werden. Es ist Aufgabe der Kantone, mit der Überarbeitung der Spitalplanung und der Erteilung von Leistungsaufträgen einem übermässigen Aufrüsten Einhalt zu gebieten. Zudem sind die Tarifpartner bei der Tarifbestimmung gesetzlich verpflichtet, ein Benchmarking durchzuführen und den Vergleich zu einem in der notwendigen Qualität effizient und günstig arbeitenden Spital herzustellen, wie Artikel 49 Absatz 1 KVG vorschreibt. Die Spitäler sowie Kantone sollten sich damit explizit bewusst werden, dass sie allfällige Ausbaurkosten alleine tragen, wenn die Versicherer legitimerweise - und der Preisüberwacher - auch ein intertemporales Benchmarking (vor einem Ausbau) in die Tarifbestimmung einbeziehen. Somit kann an dieser Stelle auch klargestellt werden, dass der kostenrechnerische Ausweis von Investitionskosten nicht gleichzusetzen ist mit der unmittelbaren Vergütung. Wie oben erwähnt müssen die Tarifpartner bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen die erforderlichen Begleitmassnahmen getroffen haben und namentlich über Instrumente zur Überwachung der Entwicklung der Kosten und der Leistungsmengen mit anwendbaren Korrekturmassnahmen verfügen.

2.5 Begleitforschung

Im Bestreben, Fehlanreize rechtzeitig zu erkennen, damit Gegenmassnahmen rasch eingeleitet und unerwünschte Effekte möglichst vermieden werden können, wird insbesondere von Seiten der Ärzteschaft eine Begleitforschung verlangt. Gefordert wird, dass diese spätestens ein Jahr vor der SwissDRG-Einführung etabliert ist, damit ein Vergleich «vorher–nachher» gewährleistet werden kann.

Der Bundesrat ist sich bewusst, dass bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen konkrete Massnahmen vorgesehen werden müssen, insbesondere um die Qualität von Pflege und Behandlung gewährleisten zu können. Aus diesem Grund hat er, wie bereits ausgeführt, die Tarifpartner verpflichtet, im Rahmen der Genehmigung des Tarifvertrags einen gemeinsamen Vorschlag über die zur Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen erforderlichen Begleitmassnahmen vorzulegen. Weiter verpflichtete er die Tarifpartner, Instrumente und Mechanismen zur Gewährleistung der Qualität der Leistungen im Rahmen der Tarifierung zu vereinbaren. Des Weiteren ist vorgesehen, dass im Sinne von Artikel 32 KVV die Wirkungen der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung einer Analyse unterzogen werden. Ein Mandat für eine Machbarkeits- und Konzeptstudie ist erteilt worden. In diesem Rahmen sollen die Anliegen der Befürworter einer Begleitforschung aufgenommen werden.

3 Einbezug der betroffenen Leistungserbringer

Artikel 49 Absatz 2 KVG sieht die Einsetzung einer Organisation für die Erarbeitung, Anpassung und Pflege der einheitlichen Tarifstrukturen vor, die die Basis für die leistungsbezogenen Pauschalen bilden.

3.1 SwissDRG AG

Die Aktiengesellschaft SwissDRG stellt seit ihrer Gründung am 18. Januar 2008 die Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 KVG dar. Gemäss Statuten umfasst das Tätigkeitsgebiet dieser Organisation nicht nur den Bereich der akutsomatischen Behandlung im Spital, sondern auch die Psychiatrie, die Rehabilitation und die Geburtshäuser. Die Erarbeitung eines leistungsbezogenen Vergütungssystems, das auf einem Patientenklassifikationssystem vom Typ DRG beruht, stellt einen möglichen Weg dar, um die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen. Je nach Bereich, insbesondere für die Psychiatrie und die Rehabilitation, ist unter der Voraussetzung, dass der Bezug zwischen Vergütung und Leistung berücksichtigt wird, auch die Erarbeitung und Einsetzung von anderen Systemen denkbar.

3.2 Rolle der verschiedenen Akteure

Zu den Aktionären der SwissDRG AG zählen Vertreterinnen und Vertreter der Kantone (GDK), der Versicherer (santésuisse) und der Leistungserbringer (H+ Die Spitäler der Schweiz, FMH). Über ihre jeweiligen Verbände sind sowohl die Spitäler als auch die Ärztinnen und Ärzte in der SwissDRG AG vertreten. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung neben den Krankenversicherern nur die Spitäler und die Geburtshäuser beziehungsweise deren Verbände als Tarifpartner gemäss KVG für die Bereiche nach Artikel 49 Absatz 1 KVG anerkannt sind. Die einheitlichen Tarifstrukturen, die von der SwissDRG AG erarbeitet wurden, müssen dem Bundesrat gemäss Artikel 49 Absatz 2 KVG von den vorgängig erwähnten Tarifpartnern unterbreitet werden. Zurzeit ist die Frage, wie die Geburtshäuser beziehungsweise ihr Verband in der Organisation vertreten sein könnten, jedoch noch offen und muss von den betroffenen Partnern innerhalb der SwissDRG AG geregelt werden.

Die Kantone gelten nicht als Tarifpartner im Sinne des KVG (Art. 46 Abs. 1), sondern das Gesetz sieht lediglich vor, dass sie sich gemeinsam mit den Tarifpartnern an der

Einsetzung der Organisation nach Artikel 49 Absatz 2 KVG, im konkreten Fall der Swiss DRG AG, beteiligen.

Was das Pflegepersonal angeht, so hat sich der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) vom April 2004 bis im Dezember 2007, als sich der Verein SwissDRG aufgelöst hat, als Beobachter am Projekt SwissDRG beteiligt. Seit Anfang 2008, das heisst seit der Gründung der Aktiengesellschaft SwissDRG, unterhält der SBK, der nicht Aktionär ist und in den Entscheidungsorganen nicht vertreten ist, weiterhin Kontakte zu dieser Organisation und führt die Zusammenarbeit mit ihr weiter. In diesem Rahmen hat der SBK, der der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter (SVPL) angeschlossen ist, im Oktober 2009 einen Bericht mit den ersten Resultaten einer Studie zur Pflege im SwissDRG-System veröffentlicht. Der Studienbericht enthält Empfehlungen in Bezug auf die Datenqualität, die Operationalisierung des Leistungsaufwandes und die Integration der Pflegeindikatoren in das SwissDRG-System. Die Entwicklung eines Modells, das die Pflege in geeigneter Weise in den DRG berücksichtigen und integrieren soll, bildet die nächste Etappe des Projekts, das von den Interessenverbänden des Pflegepersonals durchgeführt wird.

Die Verbände der Pflege haben am 1. Dezember 2009 eine Petition eingereicht und dabei flankierende Massnahmen bei der Einführung der Spitalfinanzierung gefordert. Mit Schreiben vom 4. Dezember 2009 hat der Vorsteher des EDI geantwortet und mit Hinweis auf die zahlreichen bereits vorgesehenen Massnahmen einen zusätzlichen Handlungsbedarf des Bundes verneint.

An der Erarbeitung der Tarifstruktur sind das EDI und das BAG nicht beteiligt, diese steht grundsätzlich in der Verantwortung der Tarifpartner. Angesichts der Wichtigkeit und des Ausmasses des Tarifumbaus sind die Tarifpartner gehalten, dem BAG regelmässig zum Stand der Dinge Bericht zu erstatten.

3.3 Einbezug der Pflege

Im Rahmen der Erarbeitung der Tarifstruktur SwissDRG für den akutsomatischen Bereich ist die sachgerechte, transparente und nach betriebswirtschaftlichen Regeln erfolgende Berücksichtigung der für die Erarbeitung der Tarifstruktur relevanten Kostenbestandteile Sache der Tarifpartner beziehungsweise der Organisation SwissDRG AG. Der Bundesrat überprüft im Rahmen des Genehmigungsverfahrens, ob die Tarifstruktur den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Mit dem Leistungsbezug der Pauschalen sollen die Transparenz, die Effizienz und die Qualität verbessert werden.

Die Frage, mit welchem ärztlichen und pflegerischen Personal und mit welchen Prioritäten die Leistungen erbracht werden sollen, liegt primär in der Entscheidkompetenz der Spitalleitungen.

4 Erfahrungen aus anderen Ländern

In verschiedenen Ländern Europas sind DRG-Systeme vor geraumer Zeit eingeführt worden. In Ländern mit staatlichem Gesundheitswesen dienen sie der Verbesserung der Allokation der Ressourcen an die Spitäler beziehungsweise Abteilungen. Weil die Spitäler in diesen Ländern mit mehr oder weniger rigiden Budgets arbeiten, sind die Erfahrungen, die in diesen Ländern bei der Einführung von DRG-Systemen gewonnen worden sind, nicht ohne weiteres auf die Schweiz übertragbar.

Über leistungsbezogene Vergütungssysteme in den Bereichen Rehabilitation und Psychiatrie sowie im ambulanten Bereich sind Pilotprojekte bekannt; auf einer breiten Front eingeführt ist in den genannten Bereichen indessen kein System.

4.1 Deutschland

Mit der so genannten Gesundheitsreform 2000 verabschiedete der deutsche Bundesrat am 22. Dezember 1999 die Regelungen zu einem pauschalierten Vergütungssystem der stationären Krankenhausleistungen auf Basis eines DRG-Systems. In Folge dessen wurden die Selbstverwaltungspartner (Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) gesetzlich zum Aufbau und zur Implementierung eines DRG-Systems in Deutschland verpflichtet. Am 10. Mai 2001 wurde das so genannte Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) für die Einführung, Entwicklung und Pflege des DRG-Systems von den Selbstverwaltungspartnern gegründet. Die InEK entwickelte die so genannten G-DRG (German DRG) auf Grundlage des australischen AR-DRG-Systems (Australian refined DRG). Für das Jahr 2003 stand es denjenigen Krankenhäusern, die dem DRG-Vergütungssystem unterliegen noch frei, auf das neue Vergütungssystem umzusteigen. Ab dem 1. Januar 2004 wurde die Einführung für alle Betroffenen obligatorisch. Gesetzlich wurde auch eine so genannte Konvergenzphase, welche die krankenhausindividuellen Basisfallwerte schrittweise an einen landesweiten Basisfallwert anpassen soll, von 2005 bis Ende 2006 festgeschrieben. Im Herbst 2004 wurde jedoch die Konvergenzphase bis 2009 verlängert und im Jahre 2008 erneut bis 2010 ausgedehnt. Nachfolgend ist schrittweise eine Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder an einen einheitlichen Basisfallwert bzw. -korridor vorgesehen.

Das von der Organisation SwissDRG AG für die Schweiz in Erarbeitung stehende System beruht auf dem in Deutschland bereits eingeführten System, welches seinerseits die australischen DRG zur Grundlage hat. Das deutsche System ist, wie das für die Schweiz vorgesehene, zur leistungsbezogenen Vergütung der Spitäler konzipiert. Erfahrungen mit dem deutschen System sind somit am ehesten dafür geeignet, dass die Schweiz von Erfahrungen lernen könnte.

Trotz gesetzlicher Verankerung der Begleitforschung sind bis anhin keine diesbezüglichen Ergebnisse publik. Mit dem Fokus der bundesrätlichen Genehmigung der Tarifstruktur hat das BAG einen Expertenbericht in Auftrag gegeben. In diesem sollen der Stand der Einführung sowie die Erkenntnisse bei der Umsetzung von DRG-Systemen und den hieraus resultierenden gesundpolitischen sowie –ökonomischen Effekten (soweit eine Beurteilung möglich ist) zusammengefasst werden. Einen Schwerpunkt soll hierbei das deutsche System bilden. Das Ergebnis sollte im ersten Quartal 2010 vorliegen.

5 Erfahrungen aus den Kantonen, in denen ein DRG-System bereits eingeführt ist

5.1 Übersicht über die Kantone, in denen DRG bereits eingeführt sind

Nur noch wenige Kantone (Basel-Stadt, Basel-Land, Luzern, Solothurn) kennen in den Akutspitälern im KVG-Bereich noch ein System, das hauptsächlich auf Tagespauschalen beruht. Die Kantone Bern, Genf, Neuenburg, Nidwalden, Obwalden Schwyz, Tessin, Uri, Wallis, Waadt und Zug verwenden bereits heute, einige bereits seit mehreren Jahren, ein Vergütungssystem der Spitäler, das auf einem Klassifikati-

onssystem vom Typ DRG, in diesem Fall dem System der APDRG (All Patients Diagnosis Related Groups), beruht. Im Bereich der Unfallversicherung wurde das System der APDRG bereits in der Mehrheit der Kantone eingeführt.

5.2 Erfahrungen im Kanton Waadt

Im Jahre 2002 wurde im Kanton Waadt das System der APDRG eingeführt. Die in den Folgejahren veröffentlichten Berichte hatten den Fokus der adäquaten Darstellung des "Patientenguts" der Spitäler zum Inhalt. Zudem wurde untersucht, ob auf der Grundlage der diagnosebezogenen Daten der Spitäler der Risikoausgleich zwischen den Versicherern verfeinert werden kann und welches Resultat sich bei der Verwendung dieser Angaben ergibt. In diesem Zusammenhang sind folgende Publikationen bekannt:

- Alberto Holly et al. veröffentlichten im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 45 „Probleme des Sozialstaats“ im November 2003 eine Arbeit "Compensation des risques fondée sur l'état de santé des assurés en Suisse: Une exploration utilisant l'information médicale fournie par une hospitalisation antérieure", deren Inhalt die Verwendung Daten, die in mit APDRG arbeitenden Spitälern anfallen, im Rahmen des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern zum Inhalt hat. Die Studie kommt zum Schluss, dass sich die diagnosebezogenen Daten der Spitäler, die mit AP-DRG arbeiten, für die Verfeinerung des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern herangezogen werden können.
- Luc Schenker, Chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne, ehemaliger Finanzdirektor des CHUV und Präsident des Vereins APDRG Suisse veröffentlichte im Jahr 2005 eine Arbeit, in der die Effekte der Einführung der APDRG im Kanton Waadt im Zusammenhang mit dem Risikoausgleich beleuchtet wurde ("Financement des hôpitaux par AP-DRG et compensation des risques entre assureurs" (http://www.apdrgsuisse.ch/public/fr/compensation_des_risques_f.pdf)).

Trotz der Ausrichtung der Studien auf die Verwendung der APDRG im Rahmen des Risikoausgleichs zwischen den Versicherern wird aus den Ergebnissen deutlich, dass die APDRG die Leistungen der Spitäler adäquat abbilden und der Kostenwahrheit wesentlich näher kommen als andere Vergütungsformen wie zum Beispiel die Tagespauschalen. Mit der Verbesserung der Transparenz wird ein Ziel der Einführung von DRG-Systemen erreicht.

5.3 Erfahrungen der Versicherer am Beispiel der Helsana

Der Krankenversicherer Helsana hat die Frage der Auswirkungen eines Tarifumbaus untersucht und in seiner nicht veröffentlichten Studie „Auswirkungen der Umstellung auf APDRG“ vom 10. Juli 2009 folgende Aussagen gemacht:

- Die Quersubventionierung zwischen den Spitalfällen nimmt mit Einführung von APDRG ab. Ob und welche Versicherer profitieren, kann nicht zum vornherein aufgrund theoretischer Überlegungen abgeschätzt werden. Das lässt sich nur empirisch beantworten.
- Die Umstellung auf APDRG wirkt sich bei Universitätsspitalern und vermutlich einigen Zentrumsversorgern Niveau 2 stärker aus als bei Spitälern anderer Kategorien.

- Ein Einfluss der vor der Umstellung gültigen Tarifstruktur auf den Umstellungseffekt von APDRG kann nicht nachgewiesen werden.
- Die Umstellung auf APDRG verursacht bei Versicherern mit älteren Kollektiven höhere Leistungen. Sie ist zudem abhängig von der BFS Kategorie. Die Differenz zur Branche verringert sich insbesondere bei der Umstellung von Universitätsspitalern. Die Zahlungen des Risikoausgleichs, der nur die Kriterien Alter und Geschlecht einbezieht, sind dabei aber nicht berücksichtigt.
- Die bisherige Umstellung auf APDRG hat keinen Einfluss auf die Aufenthaltsdauern in den Spitälern gehabt.
- Der Vergleich der Aufenthaltsdauer mit dem Case-Mix-Index (CMI) lässt vermuten, dass nach der Umstellung auf APDRG im Durchschnitt Frauen in einem Alter zwischen 20 und 40 sowie 75 jährige Patienten und ältere kostengünstiger sind.

Gesamthaft lässt sich aus Sicht des Bundesrates darauf schliessen, dass die Vergütung der Spitäler durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach Einführung der APDRG risikogerechter erfolgt.

5.4 Projekt des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Im Jahre 2009 hat das Schweizerische Gesundheitsobservatorium Obsan ein Projekt in Angriff genommen mit dem Ziel, die Auswirkungen der Fallkostenpauschalen auf die Inanspruchnahme, insbesondere auf die Liegedauer der Patienten und die Rehospitalisationen, unter der Berücksichtigung der Komorbidität zu untersuchen ("Typologie der Spitaltarifstrukturen der Akutspitäler in der Schweiz 2001–2008").

Zwecks Dokumentation der aktuellen Tarifstrukturen wurde im Juni 2009 ein Mandat vergeben, dessen Inhalt es war, die Tarifstrukturen der Akutspitäler zu erheben und eine Typologie der Abrechnungsstrukturen zu erstellen. Namentlich hatten die Auftragnehmer die folgenden Aufgaben zu erfüllen:

- Erhebung der Spitaltarifstrukturen der Akutspitäler zwischen 2001 und 2008.
- Erstellen einer Typologie der Spitaltarifstrukturen unter Berücksichtigung der interkantonalen Vereinbarungen sowie der Versicherungsformen der Patienten.
- Publikation der Ergebnisse in einem Kapitel eines Obsan-Berichtes, sowie Zusammenstellung der Ergebnisse in tabellarischer Form.
- Dokumentation der Arbeiten und Know-how-Transfer an das Obsan.

Das Mandat ist inzwischen abgeschlossen. Dessen Resultate fliessen in die Analysen ein, welche das Obsan selbst durchführt. Der Abschluss des Projektes ist für Juli 2010 geplant.

6 Fazit

Der Stand der Dinge und die Erkenntnisse bei der Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen präsentieren sich Ende 2009 wie folgt:

- Die Erarbeitung der Tarifstruktur ist die Aufgabe der Tarifpartner. Die Verwaltung ist auf die Informationen der Tarifpartner angewiesen, weil sie an der Erarbeitung der Tarifstruktur weder beteiligt noch in einer Beobachterfunktion einbezogen ist.
- Weil die dem Bundesrat Anfang Juli 2009 unterbreiteten Unterlagen unvollständig sind, mussten Nachfristen angesetzt werden. Damit wird die verwaltungsinterne

Prüfung verzögert. Es ist dennoch davon auszugehen, dass das Genehmigungsverfahren trotz der eingetretenen Verzögerung ordnungsgemäss abgewickelt werden kann.

- Der anstehende Einbezug der Investitionskosten führte zu einer gewissen Unruhe. Im Hinblick auf die bevorstehende Intensivierung des wirtschaftlichen Drucks ist diese nachvollziehbar.
- Kostenwahrheit und Transparenz nehmen zu und Vergleiche zwischen den Spitälern führen, im Vergleich zur bisherigen uneinheitlichen Tarifierung, zu aussagekräftigeren Ergebnissen. Je nach Leistungsspektrum eines Spitals ergeben sich daraus Veränderungen. Der wirtschaftliche Druck steigt. Der Umgang damit ist Sache der Spitalleitungen, die gegenüber dem Eigentümer des Spitals verantwortlich sind.
- Statistische Daten, aufgrund deren die Auswirkungen, welche die Einführung von APDRG in den Kantonen auf die Patientinnen und Patienten mit sich brachten nachvollzogen werden können, sind nicht vorhanden. Untersuchungen zu diesem Thema sowie zu den Auswirkungen auf das in den Spitälern tätige Personal sind ebenfalls nicht publik. Studien aus dem Kanton Waadt und der Helsana zeigen, dass der Beitrag der Versicherer für bestimmte Patientengruppen steigt und für andere sinkt.
- Das Obsan erarbeitet die Grundlagen, damit die Auswirkungen der flächendeckenden Einführung der leistungsbezogenen Pauschalen anhand von bestimmten Indikatoren in einem späteren Zeitpunkt nachvollziehbar sind. Zudem hat das BAG ein Mandat für eine Machbarkeits- und Konzeptstudie für die Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung vergeben. In diesem Rahmen werden auch die von den Akteuren im Gesundheitswesen initiierten Aktivitäten zur Begleitforschung in Bezug auf die DRG-Einführung erfasst und in einen Gesamtzusammenhang gestellt.