



3. Februar 2012, DRG-Forum in Bern

SwissDRG-Einführung aus Sicht der Kantone

Referat von Regierungsrat Thomas Heiniger, Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Sehr geehrte Damen und Herren

Es mag Ihnen am Ende unseres zweitägigen DRG-Forums etwas spät vorkommen, wenn ich als erste Vorbemerkung nüchtern festhalte: In der Schweiz wird seit dem 1. Januar 2012 in allen akutsomatischen Spitälern – abgesehen von vereinzelt Angeboten in spezialisierten Kliniken – mit SwissDRGs abgerechnet. Das muss auch mal gesagt sein. Und das hat ja auch lange genug gedauert: vom Beschluss des Parlamentes am 21. Dezember 2007 bis zum Einführungsdatum ganze vier Jahre. Es war nötig, dass wir am Einführungsdatum gehauen und gestochen festgehalten haben, trotz einer Reihe von Unebenheiten, die noch bestehen.

Das ist, wie wenn Sie ein Eigenheim beziehen: Auf den Einzugstermin hin haben die Handwerker noch Überstunden geleistet, die Bauleitung hatte schlaflose Nächte und einiger Bauschutt steht noch im unbestellten Garten herum, überschüssiges Isolationsmaterial und Abdeckplatten. Das Kinderzimmer ist noch nicht gestrichen. Aber das Haus ist einzugsbereit.

Ich komme zur zweiten Vorbemerkung: Wir kennen DRG in der Schweiz seit 1998 und in mehreren Kantonen – darunter Zürich – kamen DRG längst zur Anwendung. Mit dem Bild von vorhin ausgedrückt: Wir haben mehrjährige Erfahrung im Häuser bauen. Das neuste ist stabiler und moderner als die bisherigen, aber eben, es riecht noch nach Farbe.

Meine dritte Vorbemerkung: Zur Einhaltung des Zeitplans waren vereinte Kräfte, vor allem ein vereinter Wille notwendig: Kantone, Versicherer, Spitalvertreter und Ärzteschaft waren sich einig, dass ein Hinausschieben des Termins nur neue Probleme aufgeworfen hätte, ganz abgesehen davon, dass es gesetzeswidrig gewesen wäre.

Weiter halte ich fest, dass die schweizweite Einführung der DRGs – im Sinne eines Fallgruppensystems – eine eher technische Angelegenheit ist. Sie geht aber einher mit einer Änderung des gesamten Finanzierungssystems, das insbesondere durch die folgenden Neuerungen geprägt ist:

- Leistungsfinanzierung unter Einschluss der Investitionskosten. Dies hatte in vielen Kantonen ein Überdenken der Rolle des Verhältnisses der Kantone zu den sogenannten öffentlichen Spitälern zur Folge, mit einer Neudefinition der Eigentümerstrategie und der Verantwortungen;
- Neuaufteilung der Finanzierungsverhältnisse zwischen Versicherern und öffentlicher Hand, den Kantonen. Dies hat massive Nettoneubelastungen der Kantone zur Folge;
- gesetzliche Neudefinition der Spitalisten, basierend auf einer neu ebenfalls leistungsorientierten Spitalplanung;
- weitgehend freie Spitalwahl für die Patientinnen und Patienten über die Kantongrenzen hinaus auch im Rahmen der Grundversicherung.

Diese Aspekte müssen bei einer Bilanz zur Einführung der neuen Spitalfinanzierung mitberücksichtigt werden. Ich stelle die Tendenz fest, dass der eher technische Teil der Reform, die SwissDRGs, in der Bedeutung oft überbewertet werden. Der politischere Teil der Reform aber sind die anderen genannten Elemente der Spitalfinanzierung. Sie tangieren die öffentliche Steuerung, die Leistungsallokation, also die Organisation der



Versorgung. Die DRGs sind nur die Voraussetzung dafür, dass alle vom gleichen sprechen und dass Leistung und Kosten vergleichbar werden. Sie sind quasi die Grammatik und Orthographie, aber nicht die Geschichte oder der Roman.

Es geht also um Grammatik. Für viele eine Hassliebe: Man braucht sie, um eine Sprache zu beherrschen, aber niemand mag sie büffeln. Auf DRG bezogen will ich nicht von Hass und Liebe sprechen, sondern von Stärken und Schwächen. Damit, sehr geehrte Damen und Herren, komme ich nahtlos zu den Stärken, mit denen unsere «Vor-Einführungszeit» bilanziert werden kann.

Stärken

1) Als Tarifstruktur erfüllt SwissDRG die Anforderungen an eine Einstiegsversion. Sie ist differenzierter als AP-DRG und bildet die komplexeren Leistungen besser ab. Das ist für einen Standortkanton eines Universitätsspitals wichtig. Seitens des Verwaltungsrates der SwissDRG AG haben wir hier eine Gratwanderung zu vollbringen:

Wir wollen den unterschiedlich teuren Leistungen gerecht werden und die Leistungserbringer, die systematisch komplexere und teurere oder systematisch einfachere und damit kostengünstigere Leistungen erbringen, entsprechend «gerecht» entschädigen. Doch Differenziertheit in Ehren. Das Gesetz schreibt vor, ein pauschales Leistungsabgeltungssystem zu entwickeln und keine Einzelleistungsvergütung.

Wenn also Zusatzentgelte oder neue Fallgruppen jetzt und in Zukunft vorgesehen werden, dann nur für nachweisbar unterschiedliche Leistungen mit nachweisbar unterschiedlichen Kosten und dies mit einer nachweisbaren Systematik. Es ist uns gelungen, diese Prozesse zu definieren. Schliesslich ist positiv zu werten, dass wir uns auf Modell und Erfahrungen unserer deutschen Freunde vom InEK und den Organisationen der Selbstverwaltung (Versicherer und Spitäler) stützen konnten.

2) Das SwissDRG-Tarifsystem ist als ein lernendes System konzipiert. Ein Antragsverfahren schafft die Grundlage für eine regelmässige Überarbeitung des Systems auf Basis der Erfahrungen der Systemanwender und der Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler. Der Verwaltungsrat der SwissDRG AG hat daher als wichtigste Voraussetzung zur weiteren Verbesserung des Systems Ende 2011 Massnahmen zur Verbesserung der Datenlage definiert.

3) Mit jedem Monat ist im Laufe des letzten Jahres die Diskussion über die flächen-deckende Einführung der DRGs nüchterner geworden; sowohl in den Reihen der betroffenen Organisationen und der zuständigen Behörden, wie auch in den Medien. Ich sage wohl gemerkt «nüchterner» und nicht «ernüchert». Nüchtern im positiven, sachlichen und unbelasteten Sinne. Die Abwehr ist vielerorts zur Neugierde mutiert. Doch ein solcher Systemwechsel soll ja nicht im Blindflug geschehen, sonst könnte sich dann tatsächlich Ernüchterung einstellen. Es wurden deshalb eine Reihe von Rahmenbedingungen definiert, welche Voraussetzung für die Einführung der DRGs sind:

Es wurden Abrechnungsregeln festgelegt, einheitliche Falldefinitionen vorgenommen, es wurden gemeinsam Anforderungen an eine Kodierkontrolle festgelegt, die diesen Namen auch verdient. Die Zuschläge pro Fall für die Investitionskosten wurden für eine Übergangszeit definiert und es sind schon einige Arbeiten im Gang, die ein Monitoring der Einführungszeit sicherstellen werden und die Qualität der Leistungen messbar und vergleichbar machen.



Zudem sind die Kantone daran, die interkantonale Abgeltung der gemeinwirtschaftlichen Leistung – insbesondere für die Forschung und die universitäre Lehre – möglichst einheitlich zu gestalten, damit der Zugang aller Kantone zu entsprechenden, innovativen Spitalbehandlungen gewährleistet und entsprechender Nachwuchs gesichert werden. Ein falsch verstandener Wettbewerb wäre zum Nachteil aller Beteiligten.

4) In Bezug auf Rahmenbedingungen der neuen Spitalfinanzierung haben die Kantone ihre Prozesse für die Vergabe von Leistungsaufträgen geklärt, systematisiert, transparenter gemacht und besser aufeinander abgestimmt. Das war auch eine Zielsetzung des Gesetzgebers. Es wird immer Unzufriedene geben und ich behaupte nicht, dass die angewendeten Modelle perfekt sind. Aber sie sind methodisch nachvollziehbar, differenziert und soweit gerecht, als wir von den Leistungserbringern die notwendigen Datengrundlagen für die Vergleichbarkeit von Leistungen auch erhalten haben.

Wir schnüren im Kanton Zürich Leistungspakete für Leistungserbringer, wenn sie verschiedene qualitative und quantitative Anforderungen erfüllen. Das ist auch im Interesse der Patienten; für jeden versicherten Kantonseinwohner ist der Zugang zu jeder potentiellen Behandlung sichergestellt. Der Kanton Zürich und die GDK haben zu einer kantonsübergreifenden Vereinheitlichung beigetragen, indem ein gemeinsamer Leistungsgruppenkatalog definiert und eine gemeinsame Grundlage für Wirtschaftlichkeitsvergleiche geschaffen wurden.

Zahlreiche Kantone haben auf dieser Basis ihre Planungen vorgenommen und untereinander koordiniert. Verbesserungspotential sehe ich noch in der einheitlicheren Anwendung der Planungskriterien und einer besseren Abstimmung der Angebote durch die verschiedenen GDK-Regionalgruppen. Aber auch hier verspreche ich mir einigen Druck durch das System selbst. Man muss Anpassungsprozessen – zumal in einem föderalistischen System mit ausgebauten direktdemokratischen Strukturen – auch die nötige Akklimatisationszeit lassen. Ich möchte noch auf folgendem Punkt beharren: Wenn jetzt gegen Spitalistenentscheide der Kantone von nicht berücksichtigten Leistungserbringern Beschwerden erhoben werden, ist das juristisch natürlich ihr gutes Recht. Ich rufe aber in Erinnerung: Die Kantone haben nicht nur das Recht, sondern vielmehr die Pflicht, das Leistungsangebot zu Lasten der Krankenversicherung auf das Notwendige zu beschränken. Dazu gehört auch, unwirtschaftlichen Leistungserbringern keinen Leistungsauftrag zu erteilen und die Qualität zu sichern – und diese Qualität misst sich auch an den Fallzahlen.

Meine Damen und Herren, damit habe ich die Stärken unserer neuen Spitalplanung und -finanzierung dargestellt. Die Einführungsphase hat allerdings auch gezeigt, dass es Schwächen im System gibt.

Schwächen

1) Ich musste feststellen, dass nicht alle Akteure die vom Gesetzgeber vorgesehene Rolle von Anfang an zu spielen vermögen. Ein Beispiel: Auf Ende Jahr war nur ein Bruchteil der Spitalpreise verhandelt. Ziemlich ernüchternd. Der Gesetzgeber wollte die Marktteilnehmer, insbesondere die Tarifpartner, stärken. Und diese verschanzten sich so lange in ihren Gräben, bis es zu spät war und die Kantonsfeuerwehr ausrücken musste, um provisorische Tarife festzulegen. Mehr noch: Der Kanton Zürich hat nun auch noch Beschwerden am Hals, weil die drei Versicherer Helsana, Sanitas und KPT und die Hirslandengruppe mit den provisorischen Tarifen nicht einverstanden und vor Bundesverwaltungsgericht gezogen sind. Helsana, Sanitas und KPT kämpfen vor Gericht im Prinzip um nichts anderes als darum, Zürcher Spitalern mehr bezahlen zu dürfen, als sie es aufgrund der provisorischen Tarife



müssen. Und wer würde für diese Kostensteigerung letztlich aufkommen? Der Steuer- und der Prämienzahler.

Die von Helsana, Sanitas und KPT mit einigen wenigen Spitälern ausgehandelte Fallpauschale von 10'300 Franken, für die sie jetzt vor Gericht gezogen sind, liegt 800 Franken über dem vom Kanton provisorisch festgelegten Tarif. 100 Franken Tarifierhöhung verursachen im Kanton Zürich ca. 20 Millionen Franken Mehrkosten – bei einem Gesamtvolumen von 4 Milliarden. Die Kassen tragen von den Mehrkosten rund die Hälfte, also etwa 10 Millionen, was rund einem Viertel Prämienprozent entspricht. Eine Fallpauschale von 10'300 Franken für alle Zürcher Spitäler würde also im Vergleich zum provisorischen Tarif von 9500 Franken zu einer Prämienhöhung bei den Krankenkassen im Kanton Zürich um rund 2 Prozent führen. Und in ihrer Funktion als Steuerzahler müssten die Versicherten über den Staatshaushalt weitere 10 Millionen Franken Mehrkosten mittragen.

Dabei hat sich der Kanton Zürich bei der Höhe der provisorischen Tarife an die Vorgaben und Zielsetzungen des KVG gehalten. Das heisst: Die Tarife orientieren sich an der Entschädigung jener Spitäler, welche die Leistung «in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen». Dazu hat der Kanton auf dem bewährten Fallkostenvergleich der Zürcher Akutspitäler (2010) abgestützt.

Pointiert lässt sich die Situation im Kanton Zürich mit Blick auf alle an der Spitalfinanzierung beteiligten Akteure zurzeit so zusammenfassen: Während die Kassen reihum Gewinne vermelden und die Listenspitäler beste Voraussetzungen haben, im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung schwarze Zahlen zu schreiben, werden der Kanton und seine Steuerzahler getroffen. Und den Versicherten drohen unnötige und ungerechtfertigte Prämiensteigerungen.

Auch im Unfallversicherungsbereich ist die Situation unrühmlich. Und überhaupt stelle ich ganz allgemein eine gewisse Tarifierungskrise fest. Die Revision der Tarmed-Tarifstruktur steckt vollständig fest, im gesamten Physiotherapiebereich bewegen sich die Tarifpartner nicht und es gibt weitere Beispiele. Diese Tarifkrise hat also wohl weniger mit SwissDRG als vielmehr mit verbandsstrukturellen Entwicklungen und bundesrechtlichen Rahmenbedingungen zu tun. Die Dachverbände der Tarifpartner haben zusehends Mühe, ihre Rolle als bindende und ordnende Kraft wahrzunehmen. Und das Gesetz, das KVG, stützt sie auch mit keinem Wort, sondern spricht nur von Versicherern und Leistungserbringern als eigene Entitäten. Dies bringt alle in eine regulatorisch schwierige Situation, die noch durch die ungenügend definierte subsidiäre Rolle der Kantons- und Bundesbehörden verstärkt wird.

Was ist zu tun? Meines Erachtens hat der Bundesgesetzgeber die Zeichen der Zeit erkannt und zumindest für den Bereich der Tarifstruktur Gegensteuer gegeben, was in Deutschland schon lange als «Ersatzvornahme» bekannt ist und präventive Wirkung zeigt. Im Dezember hat die Bundesversammlung folgender Gesetzesänderung zugestimmt:

«Der Bundesrat kann Anpassungen an der Tarifstruktur festsetzen, wenn sich die Struktur als nicht mehr sachgerecht erweist und sich die Parteien nicht auf eine Revision einigen können.»

Aber auch im Bereich der Preisfindung stösst das System an Grenzen. Worst case Szenario: 100'000 Preise. Nämlich wenn in Zukunft für 400 (Spitäler, Psychiatrische Kliniken, Reha-Zentren, Geburtshäuser) x 10 (Versicherer, Versicherergruppen) x 26 (Kantone) die Tarife genehmigt, festgesetzt, durch den Preisüberwacher kommentiert und allenfalls durch das Bundesverwaltungsgericht beurteilt werden müssen.



Dies ist natürlich ein provokatives Schreckensszenario, mit dem ich nicht rechne. Aber schon nur ein Bruchteil davon wäre wenig verheissungsvoll... Was also braucht es? Neu orientieren sich die Preise an den Kosten eines effizienten Spitals. Damit die Tarifpartner ihre Verantwortung wahrnehmen und ernsthaft verhandeln können, benötigen sie bereits im Frühjahr eine klare Ausgangslage. Sie brauchen klare rechtliche Rahmenbedingungen, für alle zugängliche Wirtschaftlichkeitsvergleiche und die technischen Grundlagen, also den SwissDRG-Grouper.

Bundesrat, Kantone und SwissDRG AG sind gefordert, diese notwendigen Grundlagen rechtzeitig bereitzustellen. Nach wie vor fehlt beispielsweise der beim BAG seit Jahren ausstehende, vom KVG vorgeschriebene schweizweite Betriebsvergleich zu Kosten und Qualität. Kosten- und qualitätsbasierte Informationen sind aber notwendig, um die tatsächliche Leistungsfähigkeit der Spitäler transparent und vergleichbar zu machen. Ein Vergleich der im Internet abrufbaren Tarife bzw. Preise oder der jüngst vom BAG veröffentlichten «Qualitätsindikatoren» lässt keinen echten Rückschluss auf Effizienz und Qualität der Leistungserbringer zu.

Aber auch die Tarifpartner sind gefordert: Sie müssen im Frühling und nicht erst im Herbst die Verhandlungen aufnehmen. Und sie sollen zwar hart verhandeln, aber sich auf Konsens ausrichten – und nicht auf staatliche Feuerlöcher. Denn wo in einem regulierten Markt mit obligatorischer Sozialversicherung wie dem Gesundheitswesen der Marktspielraum nicht genutzt wird, ist der Staat – eben als Feuerwehr – gefordert.

2) Wertvoll für eine geordnete Einführung wäre eine Vereinbarung der Tarifpartner gewesen, aus der sich ihre Gesamt-Mitverantwortung für die Systemeinführung herauslesen liesse. Allgemein gültige Abmachungen der Vertragspartner als klare Spielregeln; quasi als Navigationsinstrument, um die Klippen der Einführung partnerschaftlich zu umschiffen. Die Kantone, die GDK, wie auch der Bund haben verschiedene vermittelnde Schritte unternommen. Leider ohne grossen Erfolg. Eine solche frühzeitige beschränkte vertragliche Absicherung gewisser Einführungsrisiken in Bezug auf Finanzierung, Arbeitsprozesse, Zuständigkeiten und Schlichtungsverfahren hätte in jeder Hinsicht eine Entlastung gebracht. Entlastung von späteren Korrekturmassnahmen, juristischen Streitereien, zeitlicher Ressourcen, aber auch eine Entlastung strapazierter Nerven.

3) Ich muss sagen, auch der rechtliche Rahmen, den uns der Bundesgesetzgeber für die Einführung gegeben hat, vermag mich nicht zu überzeugen. Weder auf Gesetzes- noch auf Verordnungsstufe. Viele definitorische Fragen blieben und bleiben unbeantwortet. Sie müssen nun entweder in Kleinarbeit interpretiert oder – im unerwünschteren Fall – durch die Rechtsprechung geklärt werden. Beispiele gefällig?

Nötig wären klare Vorgaben für eine einheitliche Rechnungslegung der Leistungserbringer, auch die leidige Frage der Datenübermittlung der Rechnung wird letztlich nur gesetzgeberisch gelöst werden können, das wusste man schon vor 4 Jahren. Nach welchen Kriterien kann rechtsgleich die Qualität verglichen werden? Zwar gibt es schon heute eine Gesetzesgrundlage und der Bund hat dazu auch eine Qualitätsstrategie entwickelt. Und es gibt überwiesene Vorstösse, die ein Qualitätsinstitut verlangen. Aber die Kantone müssen heute und jetzt Leistungsaufträge aufgrund von Qualität und Wirtschaftlichkeit erteilen. Wir mussten uns also nach bestem Wissen und Gewissen selber helfen.

Ich komme zu einer letzten Schwäche. Sie ist allem quasi übergeordnet – oder liegt vielmehr zu Grunde:



4) Die verschiedenen Akteure wollen ihre politischen Forderungen nun über das neue Tarifierungssystem eingelöst sehen. Das SwissDRG-System stellt aber nur ein neues Leistungsklassifikationsinstrument als Basis für eine leistungsgerechtere Abgeltung zur Verfügung. Es kann weder Verantwortung für seit längerem bestehende Schwächen des Gesundheitswesens übernehmen, noch diese auflösen.

Die skizzierten Schwächen bringen mich zu den **To-Dos**:

Zusammengefasst sind das: Wir müssen insgesamt die rechtlichen definitiven Rahmenbedingungen verbessern; die Akteure sollen ihre Rollen richtig lernen, zusammen – im gleichen Stück – spielen und ihre Verantwortung rechtzeitig wahrnehmen; und es braucht eine einheitliche Definition der Anforderungen an Qualitätsvergleiche.

Etwas ausführlicher und konkret sehe ich die folgenden vier Schritte als besonders wichtig:

- 1)** Einzelne noch unklare Aspekte des SwissDRG-Tarifsystems sind in den individuellen Verhandlungen zwischen Versicherern und Leistungserbringern zu bereinigen, zum Beispiel die Abgeltung noch unbewerteter DRGs (Frühreha) oder der Umgang mit unvorhergesehenen Spezialfällen.
- 2)** Arbeitsprozesse sind zu verstetigen und zu beschleunigen. Alle Akteure können aus Fehlern lernen, damit wir von einer Pionierphase zu einer Konsolidierungsphase übergehen können. Das heisst zum Beispiel, die Datengrundlagen in Bezug auf Kostenbelege zu verbessern und Grundlagen für Preisfindung und Qualitätsvergleiche voranzutreiben.
- 3)** Es ist mir zudem ein Anliegen, im Bereich der Psychiatrie und Rehabilitation die Grundlagen für eine leistungsbezogener Vergütung voranzutreiben. Die Voraussetzungen sind zwar einerseits weniger bequem, als wir sie bei den akutsomatischen Leistungen mit den Vorarbeiten der G-DRG vorgefunden haben. Andererseits können wir nun auf dem eigenen Fundament der bisherigen Arbeiten aufbauen, nämlich den Lehren, die wir aus dem akutsomatischen Bereich ziehen können. Auch aus Tagungen wie diesem ersten DRG-Forum Schweiz-Deutschland.
- 4)** Ich komme zu einem vierten Todo und greife dafür mein Einstiegsbild mit dem Hausbau noch einmal auf: Im Geltungsbereich des KVG ist das Eigenheim mit der SwissDRG AG gebaut und bezogen. Jetzt gilt es, die Einrichtung in einzelnen Bereichen noch stimmig zu machen und immer wieder den ändernden Bedürfnissen und Trends anzupassen. Das gilt für den KVG-Trakt. Im Bereich der übrigen Sozialversicherungszweige der stationären Krankenversorgung – namentlich in der Invaliden- und Unfallversicherung – sind noch verschiedene Fragen offen.

Zwar werden derzeit zwischen den Leistungserbringern und den IV/UV-Versicherern befristete Verträge abgeschlossen, in denen das DRG-System übernommen wird. Damit ist aber die Finanzierung noch nicht restlos gesichert. Denn nach den einschlägigen Gesetzgebungen wären die IV- und UV-Versicherer verpflichtet, Vollkostendeckung zu leisten. Für das Jahr 2012 werden aber nur 90 Prozent gedeckt. Die fehlenden 10 Prozent müssen die Spitäler aus Überdeckungen zuschiessen. Fehlen solche Überdeckungen wie insbesondere bei Kinderspitälern – die ja bekanntlich praktisch keine Erträge aus der Privatversicherung generieren können – müssen wohl oder übel die Kantone einspringen. Den Kantonen sind aber bei ihren beschränkten Budgets und dem herrschenden Spardruck auch die Hände gebunden.



Gerade bei den Kinderspitälern sind deshalb die Versicherer gefordert, Verträge zu gewähren, die der speziellen Versorgung von Kindern und den damit verbundenen hohen Kosten umfassend Rechnung tragen.

Meine Damen und Herren, ich fasse meine Ausführungen ganz kurz zusammen: Der Start mit den SwissDRG ist termingerecht geglückt. Das System hat Stärken, auch einige Schwächen und es gilt zentrale Forderungen noch zu erfüllen. Mit dem Vergleich des Hausbaus – und natürlich mit einem Augenzwinkern – schliesse ich für heute mit dem Slogan von Hornbach: «Es gibt immer was zu tun.»