



# infosantésuisse Dossier **SwissDRG**



**santésuisse**

Die Schweizer Krankenversicherer  
Les assureurs-maladie suisses  
Gli assicuratori malattia svizzeri

# Inhalt

## SwissDRG

1 Broschüre von SwissDRG AG

9 Artikel aus *infosantésuisse* 8\_2009

21 Artikel aus *infosantésuisse* 2\_2011

33 Newton Associates Studie : SwissDRG: Diagnostic à 500 jours du choc

57 Verschiedene Artikel aus *infosantésuisse* von 2005 bis 2010

67 *Brennpunkt* 1/2007

70 Interview mit Luc Schenker

# Fallpauschalen in Schweizer Spitälern

Basisinformationen für Gesundheitsfachleute



## Was ist SwissDRG?

SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) ist das neue Tariffsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen, das gemäss der letzten Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) die Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen schweizweit einheitlich regelt.

Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet.

**Die schweizweite tarifwirksame Einführung von SwissDRG erfolgt am 1. Januar 2012.**

### Breite Abstützung

Zuständig für die Erarbeitung und Weiterentwicklung sowie die Anpassung und Pflege des Schweizer Fallpauschalen-Systems ist die SwissDRG AG. Sie setzt den Gesetzesauftrag um, den das Parlament im Dezember 2007 verabschiedet hat. Die gemeinnützige Aktiengesellschaft wurde am 18. Januar 2008 gegründet und ist eine gemeinsame Institution der Leistungserbringer, der Versicherer und der Kantone. Die breite Abstützung wird den unterschiedlichen Anforderungen und Bedürfnissen an das neue Abgeltungssystem gerecht. Die SwissDRG AG und ihre Partnerorganisationen setzen sich gemeinsam dafür ein, dass die Einführung des Fallpauschalen-Systems in der Schweiz erfolgreich und zum Vorteil für alle Beteiligten umgesetzt wird.

«Auch beim neuen Fallpauschalen-System kommt es darauf an, was wir daraus machen. Ein Vorteil ist, dass die Ressourcen gerechter verteilt werden, da die Vergütung auf den Schweregrad einer Behandlung abgestimmt ist. Insofern ist das System in seiner Grundausrichtung gerechter als das heutige Abgeltungssystem.»

Rita Ziegler, Vizepräsidentin H+ Die Spitäler der Schweiz  
Vorsitzende der Spitaldirektion, Universitätsspital Zürich



## Ziele

### **Warum werden Fallpauschalen eingeführt?**

Das neue Tarifsystem SwissDRG bietet Transparenz und Vergleichbarkeit und schafft damit Effizienz. Bislang ist die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen in der Schweiz sehr uneinheitlich geregelt. Gleiche Leistungen werden von den Krankenversicherern je nach Kanton unterschiedlich vergütet. Die Kantone haben die gesetzliche Pflicht zur Defizitdeckung, was zu fehlenden Leistungsanreizen für die Spitäler führt und den Wettbewerb behindert. Mit Steuergeldern werden die Defizite von Spitälern bezahlt. Die Vergütung nach Tagespauschalen kann nicht nur zu Ineffizienzen führen, sondern auch dazu, dass aufwändige Fälle zu niedrig und eher unproblematische Fälle zu hoch vergütet werden.

### **Welche Vorteile bringt das neue System?**

Durch das neue Tarifsystem SwissDRG sollen bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen genutzt werden. Vor dem Hintergrund der zunehmend knappen Ressourcen für öffentliche Aufgaben und der Alterung der Bevölkerung mit den damit verbundenen Kosten ist es notwendig, unter Sicherstellung einer hohen Qualität, Patienten möglichst effizient zu behandeln. Das eingesparte Geld steht dann beispielsweise für besonders aufwändige Behandlungen zur Verfügung.

## Verbesserungen dank SwissDRG-Fallpauschalen

- Mit Fallpauschalen werden die Kosten für medizinische Leistungen in den Spitälern vergleichbar und transparent.
- Eine leistungsgerechte Vergütung wird ermöglicht.
- Fallpauschalen leisten einen Beitrag zu einem ökonomisch tragbaren Gesundheitswesen in der Schweiz.
- Fallpauschalen helfen den Spitälern, vorhandene Sparpotenziale zu nutzen und Prozesse zu optimieren.
- Fallpauschalen fördern die Prozessorientierung innerhalb des Spitals und zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. Damit stärken sie die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Institutionen.
- Fallpauschalen vereinfachen die kantonsübergreifende Spitalplanung.
- Fallpauschalen helfen dem medizinischen Fachpersonal, seine Arbeit einheitlich und effizient zu erledigen.
- Die Patientinnen und Patienten profitieren langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern.

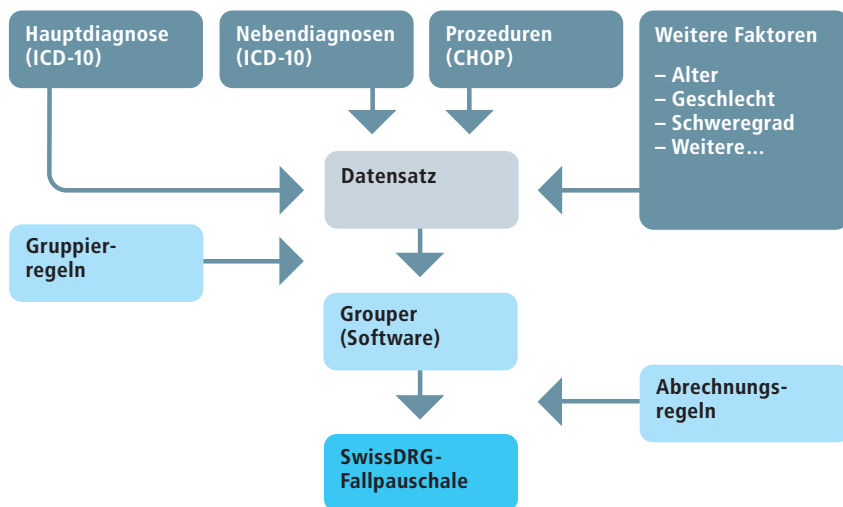
**«Mit Pauschalpreisen je nach Diagnose und Behandlung werden jene Spitäler konkurrenzfähig sein, die den Patienten hohe Qualität zu günstigen Preisen bieten. Dank Fallpauschalen werden nicht mehr Spitalkosten, sondern tatsächlich erbrachte Spitalleistungen durch Kantone und Krankenversicherer gemeinsam bezahlt.»**

Stefan Kaufmann

Direktor santésuisse – Die Schweizer Krankenversicherer

# Wie funktioniert das SwissDRG-System?

Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren. Die Zuweisung einer Hospitalisierung zu einer bestimmten DRG erfolgt über eine Gruppierungssoftware (Grouper). Die Höhe jeder SwissDRG-Fallpauschale wird anhand der tatsächlich anfallenden Kosten der Schweizer Spitäler berechnet.



**ICD-10:** Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision.

Sie wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt.

**CHOP:** Schweizerische Operationsklassifikation.

Sie wird zur Verschlüsselung von Operationen und Behandlungen verwendet.

Das Definitionshandbuch hält fest, wie die Grouper-Software die DRG-Zuordnung vornimmt. Dieses Handbuch und der vollständige Fallpauschalenkatalog können auf [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org) abgerufen werden.

Das SwissDRG-System wird unter Einbezug des medizinisch-technischen Fortschritts und der Expertise der Gesundheitsfachleute laufend weiter entwickelt. Dadurch ist eine Abbildung der sich verändernden Versorgungsrealität im Fallpauschalen-System gewährleistet.

# Begleitmassnahmen zur Qualitätsförderung

Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht bei der Einführung von SwissDRG-Fallpauschalen an oberster Stelle. Wie bisher entscheiden alleine die Gesundheitsfachleute über die Notwendigkeit medizinischer Eingriffe. Die Autonomie der Medizin wird durch das Fallpauschalen-System nicht in Frage gestellt. In zehn Kantonen werden Fallpauschalen zur Abrechnung von Spitalleistungen teilweise seit mehreren Jahren erfolgreich angewendet. Durch unabhängige steuernde Begleitmassnahmen und die Partizipationsmöglichkeit der Gesundheitsfachleute wird das System zudem laufend optimiert.

Jedes Tarifsystem, unabhängig davon ob es auf Fallpauschalen beruht oder nicht, beinhaltet wirtschaftliche Anreize, die ohne entsprechende Regelungen zu einer Einschränkung der optimalen Behandlungsqualität führen können. Die SwissDRG AG hat gemeinsam mit ihren Partnern konkrete Regelungen erarbeitet, um solchen Anreizen zu begegnen. Dazu gehören:

## 1. Dauer des Spitalaufenthaltes

Um dem wirtschaftlichen Anreiz einer verfrühten Entlassung zu begegnen, müssen Spitäler einen Abschlag auf ihre Fallpauschale in Kauf nehmen, falls der Patient kürzer als bei der vorliegenden Erkrankung üblich im Spital bleibt. Zudem erhalten Spitäler keine zusätzliche Fallpauschale, falls ein Patient innerhalb einer bestimmten Frist wegen der gleichen Erkrankung oder Komplikationen wieder stationär aufgenommen werden muss. Bestimmte Krankheitsbilder, bei denen eine regelmässige Wiederaufnahme medizinisch begründet ist, sind von dieser Regelung ausgenommen.

## 2. Qualität der medizinischen Behandlung

Diverse DRG-Studien haben gezeigt, dass Wirtschaftlichkeit nicht zu Lasten der Patienten geht. In der Schweiz haben der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sowie der Spitalverband H+ Messkriterien entwickelt. Sie werden regelmässig ihre Berichte zur Entwicklung der Behandlungsqualität in Schweizer Spitälern publizieren.



### **3. Aus- und Weiterbildung von medizinischem und pflegerischem Personal**

Die Partner im Gesundheitswesen erarbeiten derzeit Lösungen, damit Spitäler, die sich in der Aus- und Weiterbildung engagieren, nicht finanziell benachteiligt werden gegenüber solchen, die nicht ausbilden.

### **4. Zusammenspiel stationäre und ambulante Behandlung**

Die Erfahrungen aus dem Ausland zeigen, dass in Folge der Einführung von Fallpauschalen mehr Behandlungen ambulant durchgeführt und Patienten früher vom Spital in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen verlegt werden. Diese Entwicklung ist gewünscht und in der Regel auch medizinisch sinnvoll. Fallpauschalen fördern die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern und reduzieren Doppelspurigkeiten in der Behandlung. Die zukünftige Entwicklung der Kosten und Leistungsmengen in den Spitälern wird gemäss Gesetzesauftrag überwacht.



## Kontakt

Hintergrundinformationen zu den Schweizer Fallpauschalen:

**[www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org)**

SwissDRG AG

Haslerstrasse 21

CH-3008 Bern

Telefon +41 31 310 05 50

Fax +41 31 310 05 57

E-Mail [mail@swissdrg.org](mailto:mail@swissdrg.org)

Trägerorganisationen der SwissDRG AG sind:



Schweizerische Konferenz der kantonalen  
Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)  
[www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)



H+ Die Spitäler der Schweiz  
[www.hplus.ch](http://www.hplus.ch)



santésuisse Die Schweizer Krankenversicherer  
[www.santesuisse.ch](http://www.santesuisse.ch)



Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)  
[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)

Versicherer gemäss Bundesgesetz über die Unfall-  
versicherung, Invalidenversicherung, Militärversicherung

«Qualität und Kosten bilden die Grundlage  
für die Beurteilung einer Spitalleistung.  
Dank der neuen schweizweit einheitlichen Finanzie-  
rung werden die Transparenz und die Vergleichbarkeit  
der Kosten erhöht. Parallel wird die Qualität mit  
begleitenden Massnahmen gesichert. Unter dem Strich  
profitieren alle.»

Dr. Thomas Heiniger  
Regierungsrat, Gesundheitsdirektor Kanton Zürich

Was DRGs sind, welche Ziele sie verfolgen – und welche Probleme es zu lösen gilt

## Die Fallpauschalen kommen – doch wie funktioniert das Ganze?

**Ab 2012 wird in der Schweizer Spitalfinanzierung alles anders. Statt eines bunten Sammelsuriums am Tarif- und Abgeltungssystemen wird es nur noch die Vergütung mit Fallpauschalen, den so genannten DRGs, geben. Die meisten Akteure des Gesundheitswesens erhoffen sich von den Fallpauschalen mehr Effizienz, eine bessere Vergleichbarkeit und eine grössere Bedeutung von Qualität und Wirtschaftlichkeit. Wie aber funktioniert dieses System genau? Wir liefern eine kurze, verständliche Einführung in die Welt der DRGs.**

Die Abrechnung mit DRGs bedeutet, vereinfacht gesagt, folgendes: Aufgrund klarer Regeln wird ab 2012 jeder Patient, jede Patientin einer Fallgruppe zugeordnet. Für diese Einteilung sind einerseits die Diagnosen und Nebendiagnosen entscheidend – andererseits aber auch die für die Behandlung notwendigen Prozeduren. Das bedeutet, dass zum Beispiel eine Gallenstein-Entfernung nicht immer in der gleichen Fallgruppe landet – je nach dem, ob dafür ein chirurgischer Eingriff nötig ist oder nicht. Damit ist sichergestellt, dass eine Fallgruppe nicht allzu unterschiedliche Therapien enthält.

### Welche Chancen bieten DRG?

Das ist von einiger Bedeutung, denn die Fallgruppe, in die ein Patient fällt, bestimmt die Höhe der Spitalrechnung. Das heisst: Für eine komplikationslose, operative Blinddarmentfernung zum Beispiel erhält ein Spital einen fixen Betrag – unabhängig davon, wie lange der Patient im Spital bleibt. Um Extremfällen gerecht zu werden, gibt es Zu- oder Abschläge bei Patienten, welche ausserordentlich kurz oder lang im Spital verbleiben müssen. Mit dieser neuen Tarifordnung sind einige Hoffnungen verbunden. Zum ersten Mal wird es 2012 in der Schweiz ein einheitliches Abrechnungssystem für alle Spitäler geben. Das führt zu mehr Transparenz und zu einer verbesserten Vergleichbarkeit der Spitalleistungen – sowohl was die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit angeht. Die Spitäler erhalten einen Anreiz, ihre Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Wenn ein Krankenhaus einen Patienten länger als nötig im Spitalbett behält, verursacht das der Klinik Kosten, ohne dass sie eine höhere Rechnung stellen kann. Umgekehrt hat das Spital wenig Interesse daran, Patienten zu früh zu entlassen. Wenn es nämlich deswegen zu einer Wiederaufnahme kommt, erhält das Spital für die erneuten Behandlungen kein Geld mehr. Von den DRGs erhoffen sich die Akteure des Gesundheitswesens auch Qualitätsverbesserungen. Ein Spital wird eine bestimmte Behandlung nur noch anbieten können, wenn es eine genügende Anzahl Fälle davon hat. Führt ein Spital nur einige wenige Bypass-Operationen pro Jahr durch, wird es mangels Spe-

zialisierung mit der vergüteten Pauschale seine Kosten womöglich nicht decken können. Mittelfristig, so die Erwartung, wird sich die Spitallandschaft in eine dichte, qualitativ hochstehende Grundversorgung und in eine auf die Zentren konzentrierte, hervorragende Spitzenmedizin aufteilen.

### Welche Risiken sind zu beachten?

Mit der Einführung der DRGs sind aber auch Risiken verbunden. Ab 2012 sind die Spitalinvestitionen Teil des Grundversicherungs-Tarifs. Im Gegenzug übernehmen die Kantone einen etwas höheren Anteil an den Spitalrechnungen als bisher. Wie sich das auf die Krankenkassen-Prämien auswirken wird, ist noch ungewiss. Die verfrühte Entlassung von Patienten gilt trotz den oben beschriebenen Mechanismen als weiteres Risiko. Es gibt Befürchtungen, wonach Patienten früher aus dem Spital entlassen werden, um dafür umso länger in der Rehabilitation oder in Pflegeheimen zu verweilen. Es gibt auch Stimmen, die vor einer Rosinenpickerei der Spitäler warnen: Diese könnten sich auf für sie speziell interessante Fallgruppen konzentrieren und dafür andere vernachlässigen, was die Grundversorgung gefährde. Schliesslich befürchten vor allem die Spitäler, die Übermittlung von Angaben zu Diagnosen und Prozeduren an die Krankenversicherer führe zu Datenschutzproblemen. Diese Befürchtungen sind ernst zu nehmen. Sie dürfen allerdings nicht dazu führen, dass das DRG-System an sich in Frage gestellt oder dessen Einführung verzögert wird. Versicherer, Spitäler und Kantone suchen intensiv nach Lösungen für diese Fragen und haben dabei bereits einige Fortschritte erzielt. Bis 2012, wenn das DRG-System Realität wird, wollen sie diese Problembereiche geklärt haben (mehr dazu auf den Seiten 6 und 7 sowie 10).

### Wie geht die Einteilung in Fallpauschalen vor sich?

Die Abrechnung mit Fallpauschalen steht und fällt mit der korrekten Einteilung in Fallgruppen – der so genannten Codierung. Dafür werden die Spitäler – sofern sie es nicht bereits gemacht haben – speziell ausgebildete Fachleute einstellen. Diese Codierer stammen aus medizinischen Berufen, bringen also ein beachtliches fachspezifisches Wissen mit. Mit Hilfe von Patientenerfassungssystemen übertragen sie die Informationen aus den Eintritts-, Operations- und Austrittsberichten in eine Codier-Software. Die Codierer studieren die Berichte und legen nach strengen Richtlinien die Haupt- und eventuelle Nebendiagnosen fest. Die Nebendiagnosen sind deshalb so wichtig, weil die Patienten häufig mit mehr als einem Leiden ins Spital kommen, was Auswirkungen auf die Behandlung haben kann. Grundlage für die Zuteilung der Diagnosen ist das «internationale Regelwerk des ICD-10-Klassifikationssystems für Krankheiten». Die aktuelle Version des Regelwerks umfasst drei dicke Bänder – man mag sich also vorstellen, wie differenziert die Fallpauschalen sind. Nach den Diagnosen schälen die Codierer die Behandlungen aus den Berichten. Die ermittelten Diagno-





**SwissDRG bietet die Chance auf eine bessere und wirtschaftlichere stationäre Medizin.**

sen, Nebendiagnosen und Prozeduren speisen die Codierer in das Codier-Programm – den so genannten Grouper – ein. Dieser errechnet die richtige Fallpauschale, anhand derer die Spitalrechnung erstellt wird.

### **Wie funktioniert die Kontrolle?**

Wie ist es möglich, in diesem Prozess Fehler so gut als möglich auszuschliessen? Ein Instrument, welches die Tarifpartner vorsehen, ist die Codierrevision. Unabhängige Experten werden die Krankengeschichten, Berichte und Codierungen der Spitäler stichprobenartig überprüfen. Ein anderes Element ist die Rechnungskontrolle der Krankenversicherer. Die Tarifpartner verhandeln aktuell darüber, welche Daten

die Versicherer zu diesem Zweck von den Spitälern erhalten sollen. Fest steht indes: Die Codierrevision und die Rechnungskontrolle sind beides unerlässliche Bestandteile des DRG-Systems. Weil die Codierung direkt den Rechnungsbetrag bestimmt, besteht eine gewisse Versuchung, Patienten in eine teurere Fallpauschale einzuteilen. Wie alle anderen Risiken der Fallpauschalen braucht auch dieser Fehlreiz die richtigen Begleitmassnahmen. Sie stellen letztlich sicher, dass das System die grossen Hoffnungen, die auf ihm ruhen, auch erfüllen kann.

PETER KRAFT

# SwissDRG ist auf Kurs – und doch bleibt viel zu tun

**Der Tarifstrukturvertrag von SwissDRG liegt in einer Arbeitsversion beim Bundesrat zur Genehmigung. Kantone, Spitäler und Versicherer sind im ambitionierten Einführungs-Fahrplan zwar auf Kurs. Doch auf die Tarifpartner wartet noch einiges an Arbeit. Wichtige Punkte sind noch ungeklärt – etwa zu den Datenlieferungen oder zur Abgeltung der Investitionen. Spätestens Ende 2011 muss auch hier Klarheit herrschen.**

Ende 2007 verabschiedete das Schweizer Parlament nach langen Beratungen eine neue Spitalfinanzierung. Kern der Reform ist die leistungsorientierte Abgeltung durch Fallpauschalen ab 2012. Das ist ein eigentlicher Paradigmenwechsel: Bisher orientierte sich die Spitalfinanzierung in erster Linie an Strukturmerkmalen und «brillierte» mit einer Vielzahl von Tarifmodellen. Kantonal oder sogar regional gewachsene Vergütungsmodelle führten zu einem kaum vergleichbaren Finanzierungswirrwarr. Die Anforderungen an ein neues Finanzierungsregime waren damit gegeben: Erstens brauchte es eine Vergleichbarkeit von Qualität und Kosten auf nationaler Ebene, und zweitens musste die struktur- und kapazitätsorientierte Sichtweise einer leistungsorientierten Abgeltung der Spitalleistungen weichen. Beiden Aspekten wurde im neuen Artikel 49 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) Rechnung getragen. Er besagt, dass die Tarifstrukturen für stationäre Behandlungen auf national einheitlichen Strukturen und leistungsorientierten Pauschalen basieren müssen. Das Gesetz gibt zwar nicht ausdrücklich vor, dass dazu ein DRG-System nötig ist. Doch sind sich alle Partner einig, dass diese den Zielsetzungen am besten Rechnung tragen kann.

## Fallpauschalen sind seit Jahren ein Thema

Die Entwicklung in Richtung Fallpauschalen hatte in der Schweiz bereits vor der Revision der Spitalfinanzierung begonnen. Mit APDRG kommt in einigen Kantonen bereits seit ein paar Jahren ein vergleichbares Tarifsysteem zum Einsatz. Weil dieses jedoch seine Grenzen hat – insbesondere was sein Entwicklungspotenzial betrifft – nahmen die Tarifpartner die Arbeiten für ein besser auf die Schweiz ausgerichtetes System bereits 2004 auf. Im Rahmen des Projekts SwissDRG hat man sich Ende 2005 entschieden, auf das etablierte G-DRG-System zu setzen, welches seit 2003 in Deutschland im Einsatz ist. Mittlerweile haben sich Krankenversicherer, Spitäler und Kantone zur SwissDRG AG zusammengeschlossen. Diese hat den Auftrag, die Tarifstruktur SwissDRG zu entwickeln und zu pflegen. Wichtig ist: Die SwissDRG AG kümmert sich nicht um die Belange der Baserate\*. Die Preisverhandlungen finden auch künftig zwischen Spitälern und Versicherern statt.

Die Einführung von SwissDRG bedingt das Umschiffen einiger weiterer Klippen. Seit längerer Zeit ringen Versicherer und Spitäler darum, ob Angaben zu Diagnosen und Prozeduren auf die Spitalrechnungen gehören. Die Spitäler haben stets auf den Datenschutz verwiesen, während die Versiche-

rer darauf beharrten, ohne diese Angaben ihren gesetzlichen Auftrag der Rechnungskontrolle nicht umsetzen zu können. Ein Urteil des Bundesgerichts von vergangenem Mai brachte nun Klärung in die verworrene Diskussion: Die systematische Übermittlung von Diagnose- und Prozedurendaten an den Krankenversicherer ist grundsätzlich zulässig. Über die Details der Umsetzung wird mittlerweile verhandelt. Unbestritten ist, dass die Patienten auf ihr Recht hingewiesen werden müssen, die Übermittlung ihrer medizinischen Daten nur an den Vertrauensarzt zu verlangen.

## Noch einige ungeklärte Punkte

Um den ambitionierten Einführungs-fahrplan von SwissDRG einhalten zu können, haben die Tarifpartner im vergangenen Juni eine Arbeitsversion der Tarifstruktur dem Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Um die Tarifstruktur G-DRG auf schweizerische Verhältnisse anzupassen, waren vielerlei Arbeiten notwendig. Darunter fallen zum Beispiel Anpassungen in den Klassifizierungen für Diagnosen (ICD-10) und Prozeduren (CHOP) sowie die Etablierung eines Antragsverfahrens zur Weiterentwicklung der Tarifstruktur.

Von entscheidender Bedeutung sind die jährlichen Erhebungen zu den Kosten- und Leistungsdaten der Spitäler. Diese Daten sind unerlässlich, um die Kostengewichte korrekt zu berechnen. Im Moment sind 39 so genannte Netzwerkspitäler an den Datenerhebungen beteiligt, weil noch nicht alle Spitäler in der Lage sind, diese Daten sachgerecht aufzube-



**Das Gerüst steht. Das es braucht noch einiges an Arbeit, bis das Gebäude SwissDRG Anfang 2012 bezugsbereit ist.**



reiten. Das KVG sieht jedoch vor, dass alle Spitäler ihre Daten an die SwissDRG AG übermitteln müssen.

In den begleitenden Unterlagen zum Tarifstrukturvertrag finden sich weitere wichtige Vereinbarungen. Darunter fallen detaillierte Bestimmungen zu den flankierenden Massnahmen (siehe Seite 10) oder das Reglement zur Durchführung der Kodierrevision. Die Anhänge weisen aber auch auf Punkte hin, die weiterhin ungeklärt sind. So heisst es unter dem Punkt «Instrumente zur Überwachung der Kosten- und Leistungsentwicklung», eine kostenneutrale Einführung von SwissDRG lasse sich kaum garantieren. Der Grund: Die Spitalfinanzierung regelt auch die Kostenverteilung zwischen Kantonen und Krankenversicherern neu. Während sich der Übergang zu einer neuen Tarifstruktur weitgehend kostenneutral bewerkstelligen liesse, sind die durch die Gesetzesrevision verursachten Kostenverschiebungen kaum abschätzbar. Dieser Umstand wird die Tarifpartner in den Vertragsverhandlungen noch beschäftigen.

### Ohne Transparenz keine korrekten Spitaltarife

Im Tarifstrukturvertrag steht: «Die Vertragspartner erachten die zeitnahe Erstellung eines sogenannten «SwissDRG-Gesamtdatensatzes» als notwendige Voraussetzung der Einführung von SwissDRG.» In einem solchen Datensatz wären sämtliche SwissDRG-Fälle eines Jahres zusammengefasst. Die Angaben dürfen keine Rückschlüsse auf die Patienten zulassen und müssen dementsprechend anonymisiert sein.

Sie beinhalten jedoch all jene Angaben, welche etwa die Berechnung des Case Mix Index auf Spitalebene ermöglichen. Dies ist für die Berechnung der Spitaltarife absolut unerlässlich. Die Datenerhebungen müssen zeitnah erfolgen. Das heisst, dass der Datensatz im April des Folgejahres zur Verfügung stehen sollte. Das klingt einfach – dürfte sich aber in der Umsetzung als harter Brocken erweisen. Denn erstens müssen die zum Teil sehr unterschiedlichen, bestehenden Datenerhebungs-Systeme der Kantone aufeinander abgestimmt werden. Und zweitens drängt die Zeit, denn Instrumente zur Erhebung des Gesamtdatensatzes müssen bei der Einführung von SwissDRG 2012 bereit sein. Viel wird davon abhängen, ob die Spitäler bereit sind, die geforderte Transparenz auch zu gewähren.

### Knackpunkt Investitionen

Ein weiterer wichtiger Punkt mit Klärungsbedarf betrifft die Investitionen. Mit der neuen Spitalfinanzierung sind auch die Investitionen in die Infrastruktur der Spitäler über die Tarife der Grundversicherung zu finanzieren. Das wirft einige Fragen auf. Erstens: Durch den hohen Anteil der öffentlichen Finanzierung im Spitalwesen dürfte es in vielen Fällen schwierig sein, die Höhe der getätigten Investitionen überhaupt zu ermitteln. Dies wird dazu führen, dass viele Bewertungen auf Schätzungen beruhen, über die heute alles andere als Einigkeit herrscht. Es ist zweitens durchaus üblich, dass sich Spitalbauten im Eigentum der öffentlichen Hand befinden und künftige Investitionen zumindest teilweise durch den Kanton verursacht werden. Dies führt dazu, dass die Krankenversicherungen «Investitionsdeckungsbeiträge» an die öffentliche Hand überweisen müssen. Drittens könnten Spitäler, die bei einer allfälligen Strukturbereinigung geschlossen werden müssten, die Investitionsbeiträge zumindest über eine gewisse Zeitspanne zur Deckung von Defiziten statt für Investitionen verwenden. Das gleiche gilt für Spitäler, welche im Kostenbenchmarking schlecht dastehen und ebenfalls Defizite generieren. Viertens: Die Krankenversicherer müssen die Investitionskosten ab 2012 mit vergüten. Dabei kann es durchaus sein, beispielsweise der Kanton die Investition bereits vollständig bezahlt hat. Nach der Vergütung über das kantonale Steuerbudget droht eine erneute Vergütung über die Versicherungsprämien. Es wird von allen Seiten grossen Einsatz fordern, diese Fragen bis 2012 zu klären.

Zu guter Letzt gibt es noch einigen Klärungsbedarf bei den «flankierenden Massnahmen» – wie etwa die Qualitätssicherung oder die Begleitforschung. Lesen Sie mehr darüber auf Seite 10.

PETER KRAFT/BEAT KNUCHEL

\* Wenn Sie mehr zu den Fachbegriffen rund um DRG wissen möchten: Auf Seite 11 finden Sie ein Glossar.



## Potenzial ausschöpfen, Überraschungen vermeiden: Gute Vorbereitung ist das A und O

**Die Landschaft im akut-stationären Bereich wird sich mit der Einführung des leistungsorientierten Abgeltungsmodells SwissDRG verändern. Weil in der Hälfte der Kantone bereits mittels Fallpauschalen abgerechnet wird und die Tarifsysteme in vielen anderen Kantonen leistungsorientierte Tendenzen aufweisen, werden sich die Folgen der Modelländerung aber in Grenzen halten. Dennoch gilt es, sich als Krankenversicherer gezielt auf die Umstellung vorzubereiten, um nicht von der Flut an Daten überrollt oder von den veränderten Anreizstrukturen des neuen Systems überrascht zu werden.**

Besonderes Augenmerk wird Sympany auf den Datenschutz legen. Die Vorstellungen verschiedener Akteure im Gesundheitswesen tragen bisweilen sonderbare Früchte. So wird die Datenlieferung an die Versicherer in Frage gestellt, obwohl es eigentlich auf der Hand liegen müsste, dass zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrags «Kontrolle der Wirtschaftlichkeit, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit» der Zugang zu gewissen Informationen unumgänglich ist. Umso mehr müssen die Krankenversicherer dafür sorgen, dass Datenübermittlung und -verarbeitung klar geregelt sind und keine Angriffsflächen für politische Gefechte bieten. Aufgrund des höheren Detaillierungsgrads der medizinischen Informationen trägt der Versicherer eine noch grössere Verantwortung als bisher. Ein Datenschutz-Team von Sympany begleitet die Arbeiten im Zusammenhang mit SwissDRG.

### Anforderungen an IT und Personal steigen

Dank dem auf Versicherer-Seite mit Freude zur Kenntnis genommenen Urteil des Bundesverwaltungsgerichts, wonach eine systematische Datenlieferung von Leistungserbringern an die Versicherer rechtens ist, wird der notwendige Informationsfluss gewährleistet. IT-technisch erneuert Sympany zurzeit die gesamte Kernapplikation. Damit können Anpassungen, die das neue Abgeltungssystem betreffen, direkt in die Spezifikationen eingearbeitet werden. Besonderes Gewicht erhalten dabei der Datenempfang sowie die Unterstützung bei der Rechnungsverarbeitung.

Auf die Mitarbeitenden an der Abrechnungsfront warten neue Anforderungen. Während heute relativ einfach überprüfbare Grössen (Beginn- und Enddatum der Behandlung im Spital, Tarife) die Höhe der Rechnung bestimmen, ergeben sich die Kosten einer akut-stationären Behandlung neu aus einer Vielzahl von Informationen (Diagnosen und Prozeduren). Dabei ist die Entstehung des Preises nicht aus einer einfachen Multiplikation von Anzahl Tage und Taxe oder einer Abteilungspauschale plus einer zeitabhängigen Grösse ersichtlich. Zur Überprüfung der Kodierung sind vermehrt medizinische Kenntnisse notwendig. Hier gilt es, rechtzeitig die interne Schulung anzupassen und vermehrt Personal mit medizinischem Know-how einzustellen.

### Case Management braucht Neuausrichtung

Für das Case Management ergeben sich nicht nur fachliche, sondern vor allem strategische Änderungen. Bisher gab es aufgrund der zeitabhängigen Abgeltungselemente auf Leistungserbringer-Seite ein Anreiz zur Verlängerung der Aufenthaltsdauer. Neu liegt die Optik auf der Verhinderung verfrühter Entlassungen und noch stärker als bisher auf der Behandlungsqualität. Im Sinne der Patientinnen und Patienten, aber auch im Hinblick auf die Kostenfolgen, sind Rehospitalisationen zu vermeiden.

Trotz den grossen Aufgaben, die auf die Versicherer zukommen, sieht Sympany die Einführung eines schweizweit einheitlichen leistungsorientierten Abgeltungssystems für den akut-stationären Bereich als grosse Chance. Der erhöhte wirtschaftliche Druck wird zu einer Angebotsbereinigung führen. Damit das Einsparpotenzial nicht durch andere Effekte überkompensiert wird und sich der Systemwechsel als grosses Verlustgeschäft entpuppt, braucht es flankierende Massnahmen. So sind vor- und nachgelagerte Behandlungen zu integrieren und eine unerwünschte Fallgenerierung zu vermeiden. Im Bereich der Zusatzversicherungen braucht es intelligente Modelle, welche dem Gebot der Leistungsorientierung folgen und lediglich die Abgeltung von Mehrleistungen vorsehen.

FELIX BADER, LIC. RER. POL., LEITER MANAGED CARE IM ANGEBOTSMANAGEMENT DES PRIVATKUNDENGESCHÄFTS VON SYMPANY



Foto: Prisma

**SwissDRG stellt die Krankenversicherer gerade im IT-Bereich vor grosse Herausforderungen.**

# Die Schwyzer Spitäler sind gut auf SwissDRG vorbereitet

**Im Kanton Schwyz hat sich seit dem 1. Januar 2004 die neue Form der Leistungsabgeltung auf Diagnosegruppen-Basis (DRG) etabliert. Die drei selbstständigen Schwyzer Spitäler Einsiedeln, Lachen und Schwyz werden durch die Versicherer und die öffentliche Hand in allen stationären Patientenkategorien nach dem System AP-DRG (All Patient Diagnosis Related Groups) entschädigt. Die Vorbereitungen waren sehr umfassend. Der tägliche Betrieb mit DRG gestaltet sich unauffällig. Die Umstellung von AP-DRG auf SwissDRG ist unproblematisch.**

Zwischen dem Kanton Schwyz und den Spitälern bestehen Leistungsvereinbarungen in der Grundversorgung. Sie enthalten eine Mengenabweichungsklausel und einen festgelegten Normpreis. Die Finanzierung erfolgt prospektiv vierteljährlich und basiert auf den geplanten Fallzahlen mal Normpreis mal CMI sowie den fallunabhängigen Kosten\*. Die Investitionen werden mit einem prozentualen Zuschlag pro Fallpauschale abgegolten.

## Vorbereitungen der Spitäler

Die Spitäler haben über einen zweijährigen Parallelbetrieb (altes/neues System) die vielfältigen Auswirkungen der Umstellung auf DRG ermittelt und mit diesen Erkenntnissen auch die Einstiegs-Baserate zusammen mit Kanton und Versicherern verhandelt. Die Spitäler haben ihre Prozesse (Abläufe) teilweise überarbeitet, die innerbetrieblichen Zusammenarbeitsregeln erneuert, die Leistungserfassung verbessert, Kodiersoftware und Grouper installiert sowie die Kompatibilität zu den Administrativsystemen geschaffen. Sie haben ihre Leistungserfassungen, Kostenrechnungen und Abrechnungen erneuert oder angepasst. Das Spital Schwyz hat als einziges Spital in der Schweiz DRG-abhängige Arzthonorare entwickelt, seine Führungsstruktur mittels eines dualen Führungssystem (Augenhöhe von Arzt und Pflege) auf das Geschäft mit DRG ausgerichtet und prozessbedingte Bauprojekte eingeleitet. Versicherer, Kanton und Spitäler haben eine paritätische Vertrauenskommission und eine Kodierrevision etabliert sowie ergänzend zum Standard gemeinsame Kodierregeln festgelegt. Die drei Spitäler tauschen ihre Daten aus.

## Rahmenbedingungen

Um DRG wirksam zu etablieren, braucht es neben den technischen Voraussetzungen auch wichtige Rahmenbedingungen. Hierzu zählt die Vernetzung mit Zuweisern, Spezialisten, postakuten Institutionen (Pflegeheime und Rehabilitationskliniken) sowie Spitälern. Notwendig ist auch die Prozessorientierung (Management-, Kern- und Supportprozesse). Im Rahmen der DRGs hat die Qualität der OP- und Austrittsberichte (Vollständigkeit) für die Kodierung und für die Finanzierung der Leistungen entscheidende Bedeutung. Die Ver-

kürzung der Aufenthaltsdauer – als «logische» Folge – setzt die Planung des Austritts bereits bei der Anmeldung oder dem Eintritt des Patienten voraus. Die erwähnte Prozessorientierung bedeutet auch die Vermeidung von unnötigen Leistungen sowie die Messung der Ergebnisqualität. Unabdingbar für das Bestehen mit DRGs ist ein straffes Finanzmanagement sowie eine aussagekräftige Kostenrechnung.

## Aufwändig, aber problemlos

Die Umsetzung von DRG war aufwändig, gestaltete sich aber in allen drei Spitälern problemlos. Die operativen Kader und die strategische Führung haben sich sehr schnell auf das System DRG eingestellt. Gewöhnungsbedürftig, aber medizinisch unproblematisch sind die vorgegebenen Aufenthaltsdauern im DRG-System. Weil die nachgeschalteten Organisationen (Rehabilitation, Alters- und Pflegeheime) keine Aufnahmepflicht kennen, ist periodisch zu prüfen, ob Schnittstellen optimierbar sind. *Die Unterversorgung komplexer Fälle, zu frühe Entlassungen oder gar «blutige» Austritte sind in der Praxis nicht erkennbar* (Grund: Zuweiserabhängigkeit und Qualitätsbewusstsein der Ärzte). Die verstärkte Zusammenarbeit mit vor- und nachgelagerten Institutionen ist empfehlenswert. Die Kodierqualität hat sich über die Jahre verfeinert und verbessert. Die technischen Mängel und die mögliche Ungenauigkeit der Kostengewichte des DRG-Systems sind bis heute vernachlässigbar. Zentral ist sicher, dass der Codier- und Abrechnungsprozess durch einen adäquaten Informatikmitteleinsatz optimal unterstützt werden kann. Ein besonderes Augenmerk verdient auch die gute Kommunikation mit den Ärzten, um zu Beginn allfällige Ängste abzubauen.

## Spital gewinnt

Die Spitäler im Kanton Schwyz schöpfen dank DRG, durch ihre Prozessorientierung und der Integration von Medizin, Pflege, Therapie und Ökonomie ihr Effizienzpotenzial aus und stärken damit ihre Qualität. Sie bieten der nahen Bevölkerung eine sehr gute Versorgung, sichern durch ihre Anstrengungen ihr Fortbestehen in einem zunehmend härter werdenden Wettbewerb – und damit den langfristigen Erhalt der Arbeitsplätze.

THOMAS AESCHMANN, DIREKTOR SPITAL SCHWYZ  
PATRICK EIHOLZER, CEO SPITAL LACHEN AG  
DR. MEINRAD LIENERT, DIREKTOR REGIONALSPITAL EINSIEDELN

\* Vorhaltekosten, Kosten für Lehre und Forschung, gemeinwirtschaftliche Kosten



## Differenziertes Tarifsysteem federt «Nebenwirkungen» ab

**Jedes Tarifsysteem weist gewisse Eigenschaften und Anreizwirkungen auf. So führen Tagespauschalen tendenziell zu längeren Spitalaufenthalten als medizinisch notwendig. Fallpauschalen können hingegen Anreize zu einer vorzeitigen Entlassung bieten. Wieweit solche Effekte in der Realität tatsächlich auftreten, ist von verschiedenen Faktoren abhängig.**

Bereits mit der Wahl des Pauschalsystems wurden diesbezüglich wichtige Weichen gestellt. Dank der differenzierten Tarifstruktur ist gewährleistet, dass vergleichbare Eingriffe bei Patienten mit mehreren Nebenerkrankungen höher vergütet werden als bei weniger stark erkrankten Patienten. Ein Spital profitiert somit nicht davon, wenn es einem Patienten notwendige Behandlungen vorenthält.

### Wirksame Mechanismen gegen Bloody Exits

Eine wichtige Systemkomponente sind die sogenannten Abrechnungsregeln, welche als «Bedienungsanleitung» zur Tarifstruktur bezeichnet werden können. Darin steht zum Bei-

spiel, dass bei komplikationsbedingten Rehospitalisationen das Spital keine zusätzliche Entschädigung geltend machen kann. Der Anreiz, einen Patienten nach Hause zu entlassen, bevor dies aus medizinischer Sicht angebracht ist, wird damit praktisch eliminiert. Hinzu kommt, dass ein Spital sich das Risiko, aufgrund vorzeitiger Entlassungen und schlechter Behandlungsqualität negativ in der Presse erwähnt zu werden, kaum leisten kann. Auch wenn – wie unter den bisherigen Tarifsystemen – im Einzelfall nicht ausgeschlossen ist, dass eine Entlassung zu früh erfolgt: SwissDRG erhöht diese Gefahr nicht grundsätzlich. Die Einführung von DRG in anderen Ländern oder von APDRG in zahlreichen Spitälern der Schweiz bestätigen diese Einschätzung. Mit anderen Worten: Die immer wieder ins Feld geführte Gefahr der «bloody exits» lässt sich empirisch nicht erhärten. Hingegen gilt es zu betonen, dass sich der Entscheid über die Entlassung des Patienten an den medizinischen Gegebenheiten orientieren muss – ein Umstand, der notabene auch auf gesetzlicher Ebene festgehalten ist.

Ein Fallpauschalensystem kann auch zu einer unerwünschten Fallgenerierung führen, getreu der Überlegung «mehr Fälle, mehr Ertrag». Verschiedene Mechanismen in SwissDRG führen jedoch dazu, dass sich ein solches Verhalten nicht lohnt. Sind gewisse Voraussetzungen erfüllt, werden mehrere Spitalaufenthalte zu einem einzigen entschädigungsfähigen Fall zusammengefasst oder Abschlüsse auf der Vergütung vorgenommen.

### Weiterentwicklung, Rechnungsprüfung und Qualitätssicherung

Die Begleitmassnahmen beschränken sich jedoch nicht darauf, die angemessene medizinische Behandlung sicherzustellen. Mit der regelmässigen Weiterentwicklung des Tarifsystems wird auch sichergestellt, dass neue Erkenntnisse mit möglichst geringem Zeitverzug im Fallpauschalensystem abgebildet und somit korrekt vergütet werden können. Im Interesse einer korrekten Abrechnung der Leistungen durch die Spitäler – und damit auch im Interesse der Prämien- und Steuerzahler – stellen Überprüfungen der Rechnungsstellungsqualität auch sicher, dass keine überhöhten Rechnungen gestellt werden. Dies geschieht einerseits durch den Krankenversicherer, welcher die Rechnungen im Einzelfall auf ihre Korrektheit überprüft, und andererseits auch über eine statistische Analyse, welche für jedes Spital die Qualität der medizinischen Kodierung auf vergleichbare Weise überprüft. Diese sogenannte Kodierrevision haben Tarifpartner und Kantone bereits heute vereinbart.

Wichtig sind schlussendlich auch die gemeinsam eingeschlagenen Schritte zur Messung der Leistungsqualität. Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ erarbeiten der Spitalverband H+, die Kantone und die Kranken- und Unfallversicherer die notwendigen Rahmenbedingungen und Qualitätsindikatoren.

BEAT KNUCHEL

Foto: Prisma



Ein differenziertes Tarifsysteem und die richtigen Begleitmassnahmen tragen zu einer qualitativ hochstehenden und individuellen Betreuung aller Patienten bei.

# Glossar SwissDRG

## Leistungsorientierte Abgeltung:

Diese Form der Vergütung entschädigt die Leistungserbringer für die Therapie als Ganzes. Das bedeutet: Die Leistungserbringer erhalten keine Entschädigung für einzelne Schritte der Behandlung (wie im TARMED) oder für die Dauer einer Behandlung (Tagespauschalen in Spitälern). Stattdessen erhalten sie einen gewissen Betrag für eine Blinddarmoperation oder eine Gallensteinentfernung. Die Tarife orientieren sich dabei nicht an den Kosten des Spitals, sondern an einer effizienten Durchführung der Behandlungen.

## Fallpauschalen:

Das sind die Entschädigungen, welche die Leistungserbringer für eine Behandlung erhalten. Sie richtet sich nach dem Preis, der für eine effiziente Durchführung der Behandlung gerechtfertigt ist. Eine Operation am offenen Herzen zum Beispiel hat eine bedeutend höhere Fallpauschale als eine Blinddarmentfernung.

## DRG:

Diagnosis Related Groups. In diesem Klassifikationssystem werden die Patienten anhand der Diagnosen und der durchgeführten Behandlungsschritte (Prozeduren) in Fallgruppen (DRGs) eingeteilt. Jede Fallgruppe wird nach dem erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet. Daraus ergibt sich für jede Fallgruppe eine Fallpauschale, die von der Krankenversicherung vergütet wird.

## SwissDRG:

Ein spezifisch auf die Schweiz angepasstes DRG-System. Es basiert auf German DRG, das in Deutschland seit 2003 im Einsatz ist.

## Kostengewicht:

Je nach Aufwand und Komplexität der Behandlung erhält jede Fallgruppe ein Kostengewicht. Einfache Behandlungen haben ein tiefes (z.B. 0,8), komplexere ein höheres Kostengewicht (z.B. 1,3). Der Durchschnitt aller Kostengewichte beträgt 1,0. Das Kostengewicht ist vergleichbar mit der Anzahl Taxpunkte einer Behandlung nach TARMED.

## Baserate:

Die Baserate (Basisfallwert) bezeichnet die durchschnittlichen Kosten einer Behandlung in einem DRG-System. Der Preis einer Behandlung ergibt sich aus der Multiplikation von Kostengewicht und Baserate. Die Baserate ist vergleichbar mit dem Taxpunktwert im TARMED.

## Case Mix Index (CMI):

Der Case Mix ist die Summe aller Kostengewichte eines Spitals während einer bestimmten Zeitspanne. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index. Je höher er ist, desto schwerere Fälle behandelt ein Spital im Durchschnitt.

## Case Mix Büro:

Das Case Mix Büro ist ein Expertengremium der SwissDRG AG. Seine Hauptaufgaben sind die Berechnung von Kostengewichten und Baserates sowie die Pflege und Weiterentwicklung des Tarifsystems. Im Case Mix Office haben Vertreter der Kantone, der Versicherer, der Spitäler und der FMH Einsitz.

## Codierung/Codierrevision:

Bei der Codierung ordnen speziell ausgebildete Experten jedem Fall die richtige Fallgruppe (DRG) zu. Die Codierer entnehmen den ärztlichen Berichten die Diagnosen und Prozeduren und bestimmen damit nach strengen Regeln die Fallgruppe. Im Rahmen der Codierrevision überprüfen unabhängige Experten stichprobenartig, ob die Krankengeschichte in die korrekte DRG transferiert wurde. Die Codierrevision ist nicht identisch mit der Rechnungskontrolle der Krankenversicherer.

## Grouper:

DRG-Grouper sind Computerprogramme, mit deren Hilfe die Codierer Patienten in die korrekte Fallgruppe einordnen.

## Benchmark:

Ein Benchmark ist ein Vergleich mit klar festgelegten Massstäben. In der Regel gibt er Aufschlüsse darüber, wo ein Unternehmen bezüglich bestimmter Eigenschaften im Vergleich zum Durchschnitt oder zu den Besten steht. Vom DRG-System erhoffen sich die Akteure Benchmarks zu den Kosten, zur Effizienz und zur Qualität.

## ICD-10:

ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem von Diagnosen und Krankheiten. Es ist Basis der Diagnosen von SwissDRG.

## Minimum Data Set:

Das Minimum Data Set bezeichnet die Angaben, welche für die Krankenversicherung zur Kontrolle der Spitalrechnungen nötig sind. Dazu gehören auch die Diagnosen und Prozeduren. Ein Urteil des Bundesgerichts hat festgehalten, dass die systematische Lieferung solcher Angaben an die Krankenkassen zulässig ist – allerdings nur unter strikter Berücksichtigung des Datenschutzes.

## Vollkostenprinzip:

Das Vollkostenprinzip bedeutet, dass die Spitäler mit den DRG-Tarifen sämtliche Kosten decken müssen – also auch die Investitionen.

## Bloody Exit:

Ein Bloody Exit ist ein Austritt aus dem Spital, bevor der Gesundheitszustand des Patienten dies eigentlich erlauben würde.

# Kooperation ist das Gebot der Stunde

**Die bisherigen Vorbereitungsarbeiten zu SwissDRG waren unter anderem von der Diskussion über den Umfang der Angaben geprägt, die das Spital dem Krankenversicherer bei der Rechnungsstellung machen muss. Mittlerweile hat ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts für Klärung gesorgt.**

Wem ist es nicht schon einmal so ergangen: Nach dem Grosseinkauf beim Detailhändler oder im Baufachmarkt beschleicht einen plötzlich das Gefühl, mit dem Rechnungsbetrag könne etwas nicht stimmen. Ein Blick auf die Quittung, und schon ist man beruhigt – oder stellt tatsächlich einen Fehler fest. Dies ist allerdings nur möglich, wenn alle Artikel sauber und detailliert auf der Rechnung aufgeführt sind. Praktisch gleich verhält es sich bei einer Spitalrechnung nach SwissDRG: Wenn die gestellten Diagnosen und durchgeführten Behandlungen den Rechnungsbetrag bestimmen, müssen diese Angaben bei der Rechnungskontrolle ersichtlich sein.

## Die rechtliche Situation ist klar

Der Vergleich mag grotesk erscheinen, bringt die Thematik aber auf den Punkt. Kaum jemand würde im täglichen Leben eine Rechnung akzeptieren, die nur aus dem zu bezahlenden Betrag besteht – unabhängig davon, ob es sich um einen Einkauf, eine Autoreparatur oder den Erwerb eines Hauses handelt. Bei Spitalrechnungen kommt jedoch hinzu, dass Angaben über die Erkrankungen eines Patienten besonders schützenswerte Daten sind und die Anforderungen an die korrekte und sichere Handhabung solcher Informationen entsprechend hoch sind. Diese Anforderungen sind im Krankenversicherungs- und Datenschutzgesetz geregelt. Es verwundert deshalb nicht, dass das Bundesverwaltungsgericht in einem aktuellen Urteil\* die Zulässigkeit der systematischen Übermittlung von Diagnose- und Behandlungsdaten an den Krankenversicherer grundsätzlich bestätigt hat. Es liegt nun an den Spitälern und den Krankenversicherern, die Details dieser Übermittlung zu regeln und für eine reibungslose Umsetzung zu sorgen. Was aber macht nun die Krankenversicherung mit diesen Angaben?

## Zuerst Triage, dann detaillierte Prüfung

Bei einem komplexen Tarifsysteem wie SwissDRG wird es immer unklare oder gar falsche Rechnungen geben. Abrechnungsfehler können bei einzelnen SwissDRG-Rechnungen ohne weiteres zu Abweichungen von mehreren tausend Franken führen – und damit zu ungerechtfertigten Mehrbelastungen, welche von der sozialen Grundversicherung nicht vergütet werden dürfen. Wie kann man aber die kritischen von den korrekten Rechnungen, welche problemlos bezahlt werden können, unterscheiden?

Der Prozess der Rechnungskontrolle lässt sich idealtypisch wie folgt beschreiben:

- Klärung der Leistungspflicht durch den einzelnen Krankenversicherer: Fragen wie «Ist der Patient bei mir überhaupt versichert?» oder «Bin ich überhaupt der zuständige Kostenträger?» stehen dort im Vordergrund.
- Formeller Nachvollzug der Rechnung: Stimmen Rechnungsangaben und Rechnungsbetrag überhaupt überein.
- Vertiefte Prüfungen: Wurden die Abrechnungsregeln korrekt angewendet? Handelt es sich womöglich um eine Komplikation im Zusammenhang mit einem früheren Spitalaufenthalt? Sind die durchgeführten Behandlungen mit den gestellten Diagnosen vereinbar?
- Fälle, welche aufgrund solcher und ähnlicher Fragen Ungeheimheiten aufweisen, können u.a. anhand einer Prüfsoftware ermittelt werden. Diese Software beinhaltet nicht nur das komplexe SwissDRG-Regelwerk, sondern lässt sich aufgrund der gemachten Erfahrungen stets weiterentwickeln.
- Wirft ein Behandlungsfall in diesem Prozess keine besonderen Fragen auf, erstatten die Versicherer die Rechnung. Die diagnosebezogenen Angaben werden anschliessend pseudonymisiert und sind der Administration des Krankenversicherers nur noch durch den Vertrauensarzt zugänglich.







**Die Abrechnung mit SwissDRG ist eine grosse administrative Herausforderung. Spitäler und Krankenversicherer sollten sie zusammen anpacken.**

- Bleibt ein Fall jedoch in dieser Triage «hängen» und führt auch die weitere Analyse durch das Fachpersonal zu keinem klärenden Ergebnis, stellt der Versicherer dem Spital entsprechende Rückfragen und nimmt – gegebenenfalls – vertiefte medizinische Abklärungen vor.

### MDK nach deutschem Vorbild – eine Scheinlösung

Im deutschen Gesundheitssystem übernehmen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im akut-stationären Bereich die vertiefte Prüfung von medizinischen Angaben (Dossierprüfung). Diese Aufgabe ist ihnen vom Gesetzgeber zugewiesen. Finanziert werden die MDK durch alle Krankenversicherer. Die MDK sind jeweils auf dem Gebiet eines Bundeslandes (bspw. MDK Baden-Württemberg) organisiert – sie übernehmen die gemeinschaftlichen (medizinischen) Aufgaben der jeweiligen Krankenversicherer. Dadurch kommt den MDK ein hohes Gewicht zu. Hierzulande entsteht deshalb oftmals der Eindruck, dass sich mit der Übernahme des MDK-Modells in der Schweiz die Datenübermittlung an den Krankenversicherer erübrigen würde. Dies ist jedoch nicht der Fall. Die Rechnungstriage erfolgt auch in Deutschland durch den Krankenversicherer, welcher für die Erfüllung seiner Aufgaben per Gesetz sogar die

jeweiligen Diagnose- und Behandlungsdaten auf der Rechnung elektronisch erhält. Die anschliessende Prüftätigkeit der MDK hat dazu geführt, dass sich die Spitäler über einen unangemessenen administrativen Aufwand beklagen. Dem ist entgegen zu halten, dass die Rechnungsprüfungen – auch unter Berücksichtigung der dazu notwendigen Aufwendungen – insgesamt zu einer deutlichen Reduktion der Spitalrechnungsbeträge führen. Eine ungerechtfertigte Mehrbelastung der Prämien- und Steuerzahler wird so verhindert. Hinzu kommt: Die Beanstandung von Rechnungen führt auch beim Krankenversicherer zu einem administrativen Aufwand. Unbedachte Rechnungsprüfungen können nicht im Interesse des Versicherers liegen. Hinzu kommt, dass im schweizerischen System die Kosten jeder zusätzlichen Rückfrage direkt beim Versicherer anfallen, während sie sich bei den MDK auf alle angeschlossenen Versicherer verteilen. Das heisst nichts anderes, als dass die deutschen Krankenversicherer gegen einen Pauschalbetrag die Leistungen der MDK unlimited im Anspruch nehmen können. Jeder einzelne Krankenversicherer der Schweiz unterliegt hingegen einer individuellen Kosten/Nutzen-Überlegung bei der Rechnungskontrolle. Diese Lösung minimiert den Aufwand für alle Beteiligten. Die mittlerweile eingeführte Prüfgebühr in Deutschland verliert unter diesem Blickwinkel ihre Berechtigung im schweizerischen System.

### Kooperation statt Konfrontation

Im Vergleich zu SwissDRG sind die Zustände für Rechnungsteller und -empfänger in Tarifsyste men mit Tages- oder Austrittspauschalen schon fast paradiesisch einfach. Die Komplexität des neuen Abrechnungssystems bedingt nun aber, dass die Krankenversicherer zur Wahrnehmung ihrer gesetzlichen Aufgabe der Rechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung «gleich lange Spiesse» erhalten. Die damit verbundene Übermittlung der detaillierten Rechnungsangaben führt zu Befürchtungen, dass die Rechnungsrückfragen der Krankenversicherer sprunghaft zunehmen werden. Es verhält sich jedoch genau umgekehrt: Es sind nicht in erster Linie die vorhandenen Daten, welche Rückfragen auslösen, sondern die nicht verfügbaren. Eine eingeschränkte Datenübermittlung taugt deshalb nicht, wenn es darum geht, den administrativen Aufwand auf beiden Seiten in Grenzen zu halten. Vielmehr müssen sich die Tarifpartner klar werden, dass eine übermässige Administration für keine Seite Vorteile bringt. Sowohl die Spitäler als auch die Krankenversicherer sind angehalten, die administrativen Herausforderungen, welche die neue Leistungsabrechnung nach SwissDRG mit sich bringt, gemeinsam zu meistern.

BEAT KNUCHEL

\*Urteil C-6570/2007 vom 29. Mai 2009

Im Gespräch: Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom

## «In Deutschland will niemand zum Vor-DRG-Zustand zurück»

**Der Gesundheitsökonom Willy Oggier ist ein ausgewiesener Kenner des deutschen Gesundheitssystems. Insbesondere befasst er sich intensiv mit dem DRG-System, das in Deutschland bereits etabliert ist und dem Schweizer Pendant SwissDRG als Vorlage diente. Oggier stellt fest: Die Kritik an den Fallpauschalen war auch in Deutschland stets laut und ist noch immer nicht verstummt. Trotzdem möchte inzwischen niemand mehr zum alten Tarifsysteem zurückkehren.**

**Das DRG-System wird in Deutschland zum Teil scharf kritisiert – von einem «monströsen Dickicht» ist teilweise sogar die Rede. Welche Bilanz ziehen Sie nach einigen Jahren DRG in Deutschland?**

Ich habe in den letzten Jahren viele Seminare zu DRG in Deutschland organisiert und bin dabei auf Vertreter von Ärzteschaft, Pflege, Krankenhäusern, Kassen, Industrie und Politik gestossen. Manche hatten das eine oder andere auszusetzen, aber alle waren sich einig darin, dass sie nicht zum Vor-DRG-Zustand zurückkehren wollen. Dieser ähnelt in vielerlei Hinsicht der heutigen Situation in der Schweiz. Ich habe dabei manchmal den Eindruck, dass die DRG-Kritiker den heutigen Zustand in der Schweiz total verklären. Solche Diskussionen gab es in Deutschland seinerzeit auch.

*«Ich habe manchmal den Eindruck, dass die DRG-Kritiker den heutigen Zustand in der Schweiz total verklären.»*

**Inwiefern sind die Erkenntnisse aus Deutschland überhaupt auf die Schweiz übertragbar?**

Die Gesundheitssysteme in Deutschland und in der Schweiz sind unterschiedlich ausgestaltet. Das gilt sowohl für die Krankenversicherer- als auch für die Leistungserbringer-Seite. Es ist beispielsweise in Deutschland für Kassen interessanter, in integrierte Versorgung zu investieren, weil der dortige Risikoausgleich morbiditätsorientiert ausgestaltet ist, also den Krankheitszustand der Versicherten berücksichtigt und nicht nur Alter, Region und Geschlecht wie in der Schweiz.

**Es gibt Studien, die dem deutschen DRG-System negative Auswirkungen auf das Pflegepersonal nachsagen: Stellen würden abgebaut, und die verbleibenden Angestellten müssten wegen der schnelleren «Fallbearbeitung» eine höhere Belastung auf sich nehmen. Sehen Sie diese Gefahr auch für die Schweiz?**

Grundsätzlich darf auch die Krankenpflege aus Deutschland nicht mit jener in der Schweiz verglichen werden. Ausgebildete Pflegenden verfügen in der Schweiz in der Regel über mehr Kompetenzen als ihre deutschen Kolleginnen. Trotzdem können wir davon ausgehen, dass DRGs gerade auch in der Pflege die Suche nach Effizienzverbesserungen verstärkt haben dürften. Das lässt sich beispielsweise beim Bau von neuen Krankenhäusern feststellen. 20-Betten-Stationen auf einem Stock werden praktisch nicht mehr gebaut, die Stationen sind grösser und teilweise sogar kubenähnlich auf der gleichen Etage zusammengesetzt. Das hilft beispielsweise, Nachtwachen zu sparen. Der Effektivitäts- und Effizienzsteigerungsdruck dürfte auch in der Schweiz zunehmen. Sofern er prozessoptimierend wirkt, ist dagegen auch nichts einzuwenden. Schliesslich finanzieren wir fast 60 Prozent der Kosten unseres Gesundheitswesens über Zwangsabgaben – also über Sozialversicherungen und Steuern.

**Die Schweiz hat gegenüber Deutschland den Vorteil, das System als Nachahmerin einzuführen. Deshalb kann sie die im Nachbarland begangenen Fehler vermeiden. Was sagen Sie zu dieser These?**

Das scheint im Moment mindestens nicht feststellbar zu sein. Genauso wie in Deutschland gibt es bisher keine Begleitforschung. Genauso gibt es in der Schweiz – wie seinerzeit in Deutschland – an vielen Orten Fundamental-Op-  
position von Seiten der Ärzteschaft, obwohl die gesetzlichen Grundlagen bereits in Kraft sind. Dabei ist klar: Die DRGs kommen.

*«In einem System mit Tagespauschalen müssen die Kassen die Anzahl Tage überprüfen können, in einem diagnose- und prozedurenbasierten System die Diagnosen und Prozeduren.»*

**In der Schweiz wird heftig über minimale Angaben zu Rechnungskontrolle, das Minimum Data Set, debattiert. Wie sieht es diesbezüglich in Deutschland aus?**

In Deutschland erhalten die Kassen die Diagnosen und Prozeduren und entscheiden dann, welche Fälle sie ge-

gebenenfalls durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft haben wollen. Das ist eigentlich auch logisch: In einem System mit Tagespauschalen müssen die Kassen die Anzahl Tage überprüfen können, in einem diagnose- und prozedurenbasierten System die Diagnosen und Prozeduren. Also brauchen sie auch die notwendigen Daten. Wer das nicht zulässt, will entweder das DRG-System nicht oder verkennet, dass DRGs insbesondere in der Anfangsphase die Gefahr massiven Up-Codings, also der Einstufung in eine teurere Fallgruppe, aufweisen können. Dass wir uns dies bei der jetzigen Prämien- und Reservensituation der Kassen nicht leisten sollten, scheint offensichtlich.

#### **Einige Ärzte sehen durch DRG die Therapiefreiheit gefährdet. Teilen Sie diese Befürchtung?**

Es geht nicht um die Freiheit der Leistungserbringer, sondern um die bestmögliche Versorgung für den Patienten.

Foto: Keystone



**Willy Oggier: «DRG führt zu einer enormen Chance für die Qualitätsverbesserung.»**

Eindrücklich waren dazu die Aussagen des Vorstandsvorsitzenden des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Jörg F. Debatin, in einem der von mir organisierten Seminare in diesem Frühjahr. Danach habe im alten System die Devise gelautet: Wir sind ein Universitätsspital. Wir machen alles. Und wir können alles. Unter DRG habe sich das fundamental geändert. Die Devise laute heute: Wir machen nur noch das, was wir besser können als andere. Und dort, wo wir nicht so gut sind, kooperieren wir mit jenen, die es besser machen. So betrachtet führt DRG zu einer enormen Chance für die Qualitäts-Verbesserung.

*«Es geht nicht um die Freiheit der Leistungserbringer, sondern um die bestmögliche Versorgung für den Patienten.»*

#### **Welche weiteren Begleitmassnahmen erachten Sie für die Einführung von SwissDRG für nötig oder sinnvoll?**

Wichtig ist, am vorgesehenen Startzeitpunkt zu beginnen und nicht zu glauben, man müsse das perfekte System erfinden. Wir müssen das System laufend anpassen und erneuern – und zwar pragmatisch und statistikbasiert und nicht politisch motiviert. Das dürfte die Glaubwürdigkeit des Systems erhöhen und andere Fragen auf das Tapet bringen wie etwa: Warum haben Spitäler mit ähnlichen Leistungsspektren unterschiedliche Kosten? Warum wird etwas stationär statt ambulant gemacht? Warum muss der Krankenversicherer – abgesehen von der Kostenbeteiligung der Versicherten – im ambulanten Bereich bei Pflichtleistungen alles übernehmen, im stationären Bereich bei Listenspitälern höchstens 45 Prozent? Warum will die Politik über den Zulassungsstopp auch die Spitalambulatorien beplanen, wo diese doch gerade unter DRG eine erhöhte Bedeutung bekommen sollten, um stationäre durch ambulante Leistungen zu ersetzen? Das sind Diskussionen, die wir brauchen und denen wir uns stellen sollten.

INTERVIEW: PETER KRAFT

# Der Systemwechsel 2012 hat gute Chancen zu gelingen

**Die Kantone haben ihren Anteil an der Vergütung in der neuen Spitalfinanzierung geregelt. Nun stehen die Spitäler in der Pflicht, den Versicherern die für die Rechnungskontrolle nötigen Daten zur Verfügung zu stellen.**

Die neue Spitalfinanzierung ist keineswegs Neuland. Bereits heute rechnen alle Spitäler im Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung ihre stationären Leistungen nach Fallpauschalen ab. Und in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) entschädigen die Krankenversicherer seit mehreren Jahren die Spitäler der Westschweiz, des Kantons Bern und die meisten der Zentralschweizer Spitäler nach Fallpauschalen und Diagnosegruppensystemen. Bereits seit 2003 rechnen Spitäler und Kliniken in Deutschland mit Fallpauschalen ab und wollen mehrheitlich nicht mehr zum al-

ten System zurück. Dies zeigte eine Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts. Die Vorbereitungsarbeiten zur Einführung von SwissDRG (Diagnosis Related Groups) verlaufen nach Plan. SwissDRG wird aber nicht von Anfang an sämtliche (Rand-)Bereiche und Sonderfälle der medizinischen Behandlungen abdecken. Das ist nicht der Anspruch und nicht notwendig, da es sich um ein lernendes System handelt.

## Mehrfachrolle der Kantone problematisch

Die neue Spitalfinanzierung bestimmt, dass die Vergütung zwischen Kantonen und Krankenversicherern auf mindestens 55 Prozent für die Kantone (Steuerzahler) und maximal 45 Prozent für die Krankenversicherer (Prämienzahler) aufgeteilt wird. Die Werte müssen innerhalb einer Übergangszeit von fünf Jahren erreicht sein. Ein Kanton darf mehr als 55 Prozent pro Fallpauschale bezahlen, wenn er die Prämienzahler entlasten möchte. Weil der Vergütungsteiler grund-

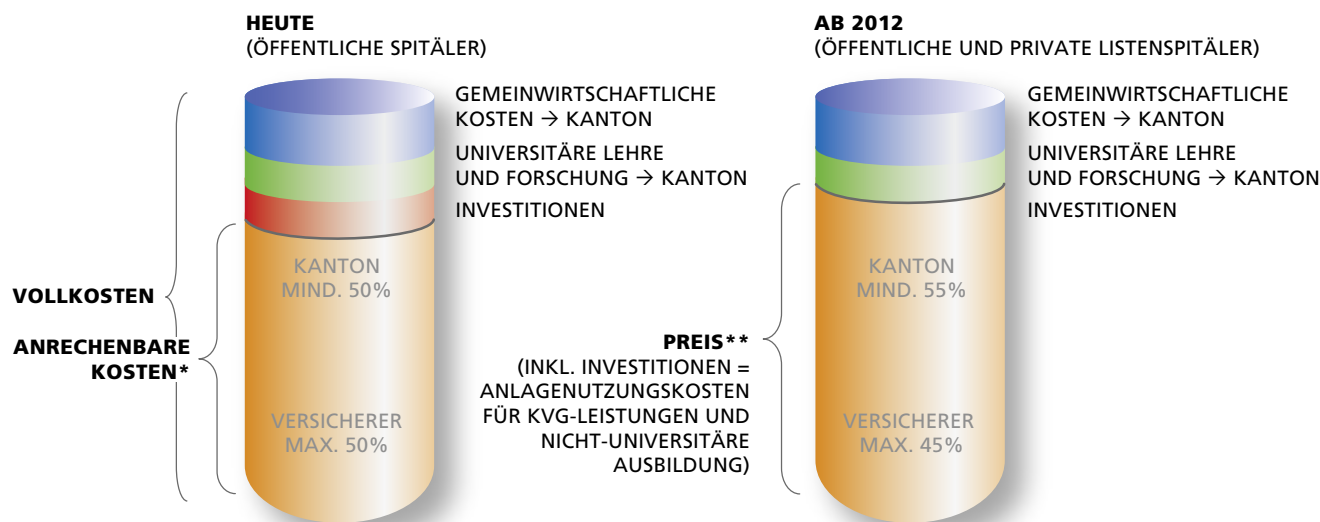
## NEUERUNGEN AUS SICHT DER BETROFFENEN

Aus Sicht der Krankenversicherer	Aus Sicht der Kantone	Aus Sicht der Versicherten und Prämienzahler
<ul style="list-style-type: none"> <li>Neu zahlen Krankenkassen auch an die Investitionen der öffentlichen Akut-Spitäler. Beahlt werden Investitionen, die es braucht, um die OKP-Leistungen zu erbringen (z.B. Operationstische, Geräte, Medikamente und Immobilien). Der maximale Vergütungsteiler* beträgt 45 Prozent. (Aktuell: Krankenversicherer zahlen 50 Prozent der Betriebskosten, die anfallen, um OKP-Leistungen zu erbringen.)</li> <li>Neu zahlen Krankenkassen an die Investitionen der privaten Spitäler mit dem maximalen Vergütungsteiler* von 45 Prozent. (Aktuell: Die Leistungen der Privatspitäler sind aus OKP und teilweise aus der Zusatzversicherung [inkl. Investitionen] finanziert.)</li> <li>Neu: Krankenkassen zahlen an die nicht-universitäre Lehre (Gesundheitsberufe). Die Krankenversicherer rechnen mit Mehrkosten.</li> <li>santésuisse rechnet aufgrund der Änderung der Spitalfinanzierung mit Mehrausgaben zwischen 150 und 650 Millionen Franken.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Neu zahlen die Kantone auch an die Leistungs- und Investitionskosten der Privatspitäler mit einem Vergütungsteiler von mindestens 55 Prozent. (Aktuell: Kantone zahlen allenfalls auf freiwilliger Basis an die Investitionen und Leistungen der Privatspitäler.)</li> <li>Die Kantone zahlen universitäre Lehre und Forschung (wie bisher) und neu an die nicht universitäre Lehre (Gesundheitsberufe) nur noch ihren Anteil gemäss Vergütungsteiler*.</li> <li>Der Wohnkanton eines Patienten überweist seinen OKP-Beitrag an denjenigen Kanton, in dem sich der Versicherte aufgrund der künftigen freien Spitalwahl behandeln lässt. Der Wohnkanton bezahlt höchstens seinen eigenen, kantonsüblichen Tarif. Den allfälligen Preisunterschied muss der Versicherte selbst bezahlen oder durch eine Zusatzversicherung abdecken. (Aktuell: Die Kantone bezahlen nichts an die Kosten von Versicherten, die ohne medizinischen Grund ein ausserkantonales Spital aufsuchen. Ausnahmen: Notfälle und medizinisch notwendige, ausserkantonale Behandlungen. Der Kanton übernimmt seinen Anteil an den Kosten des Leistungserbringers.) Die Kantone rechnen mit Mehrausgaben von rund 1,5 Mrd. Franken, weil sie neu an die Privatspitäler zahlen und die freie Spitalwahl mitfinanzieren. Diese Schätzung ist gemäss santésuisse massiv zu hoch.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Versicherte könnten auch mit der Grundversicherung ins (gelistete) Privatspital. Medikamente, Unterbringung und Verpflegung sind ebenfalls in den Fallpauschalen enthalten. Es gibt keinen Unterschied mehr zwischen privaten und öffentlichen Spitälern. (Aktuell: An Privatspitäler, die sich auf der Spitalliste befinden, zahlt die OKP die vertraglich vereinbarten Preise.)</li> <li>Für die freie Arztwahl, den Hotelkomfort (halbprivate bzw. private Unterbringung) sowie die garantierte 1-Bett- bzw. 2-Bettenwahl schliesst er nach wie vor eine Zusatzversicherung ab.</li> <li>Das Portemonnaie wird durch die Spitalfinanzierung bzw. durch die von den Kantonen gewählten Vergütungsteiler in 19 Kantonen zusätzlich zum Teil massiv belastet.</li> </ul>

\*Begriffserklärungen siehe Glossar Seiten 10/11



## PREISBILDUNG IN DER NEUEN SPITALFINANZIERUNG



\* Die anrechenbaren Kosten teilen sich Kantone (mindestens 50 Prozent) und die Krankenversicherer mit maximal 50 Prozent.

\*\* Der Preis einer Behandlung basiert ab 2012 auf Fallpauschalen plus den Investitionen (= Anlagenutzungskosten für KVG-Leistungen). Die Versicherer zahlen maximal 45 Prozent, der Kanton mindestens 55 Prozent.

sätzlich Auswirkungen auf die Prämien hat, mussten ihn die Kantone bis Ende März 2011 bekannt geben. Fazit: 19 Kantone entschieden sich mit der Wahl ihres Vergütungsteilers für eine Mehrbelastung der Prämienzahler und schonten die Steuerzahler. Auch die Spitalisten sind nun bekannt. An erster Stelle der Vergütungsteiler, aber auch die Spitalisten haben letztlich einen viel grösseren Einfluss auf die Prämien- und Steuerbelastung 2012 als die eigentlichen Preisverhandlungen zwischen den Krankenversicherern und den Spitälern.

### Investitionskosten schlagen am meisten zu Buche

santésuisse, der Verband der Schweizer Krankenversicherer, hat auf der Datenbasis 2008 eine gesamtschweizerische Mehrbelastung in der Grundversicherung – abhängig vom gewählten Vergütungsteiler – von 150 Millionen bis maximal 650 Millionen Franken bzw. rund drei Prämienprozenten berechnet. Der Löwenanteil geht auf das Konto der Investitionskosten, die in die Fallpauschalen einbezogen werden; bisher wurden die Spitalbauten von den Kantonen alleine finanziert. Neu wird auch die nichtuniversitäre Ausbildung über die Fallpauschalen finanziert (siehe Grafik). Von Kanton zu Kanton unterschiedlich sind die Auswirkungen der Zusammensetzung der Spitalisten sowie die Auswirkungen aus der Anpassung des Vergütungsteilers. Nachdem alle Kantone ihren Anteil an den Kosten verbindlich festgelegt haben, lässt sich feststellen: Am meisten steigen die Prämien mit +7,6 Prozent im Kanton Basel-Stadt, gefolgt von Appenzell Innerrhoden (+6,1 Prozent), Nidwalden (+5,2 Prozent) und Zürich (4,9 Prozent). Schweizweit werden rund 350 Millionen Franken auf die Prämienzahler abgewälzt.

Die in den Kantonen laufende Bereinigung der Spitalisten und die Festlegung des Vergütungsteilers\* zeigen, dass die Mehrfachrolle der Kantone als Spitalplaner, Spitalbetreiber, Spitalzulassungs- bzw. -aufsichtsbehörden nicht konfliktfrei ist. Die Versicherer erwarten, dass die Kantone sich bewusst sind, dass sie nicht die Interessenvertreter der Spitäler oder des Finanzdirektors sind, sondern der Prämienzahler.

### Knackpunkt Datenschutz

Es versteht sich von selbst, dass mit strengen Datenschutzmassnahmen der Zugriff Unberechtigter auf die Rechnungsdaten – auch durch Mitarbeitende innerhalb der Versicherer – verhindert werden muss. Bei jährlich mehr als 70 Millionen Leistungsabrechnungen steht der Datenschutz für die Krankenversicherer ausser Frage. Unlängst haben die kantonalen Datenschützer die Einzelprüfung der Spitalrechnungen durch die Versicherer als nicht notwendig bezeichnet. Die Datenschützer argumentieren, dass die stichprobenartige Rechnungsprüfung mit einer nachträglichen Kodierrevision ausreichend sei. Diese Argumentation ist für die Krankenversicherer nicht akzeptabel, weil die Kodierrevision nur mit anonymisierten Daten erfolgt. Eine nachträgliche Korrektur falsch ausgestellter Rechnungen ist damit unmöglich, die Geprellten wären die Prämienzahler. Die Krankenversicherer benötigen gemäss dem gesetzlichen Auftrag, der insbesondere die Prüfung und Berechnung der Leistungspflicht gemäss Krankenversicherungsgesetz und die Wirtschaftlichkeitskontrolle umfasst, die Diagnose, die Nebendiagnose und Prozeduren – aber nicht die ganze Krankengeschichte – um ab 2012 die Spitalrechnungen verarbeiten zu können. Sind aufgrund der Rechnungsprüfung genauere Angaben nötig, gehen zusätzliche Daten ausschliesslich an den vertrauensärztlichen Dienst. Dieser soll von organisatorischen Aufgaben des Datenschutzes möglichst entbunden sein. Hingegen ist es sinnvoll, dass er als «Datenschützer» im Zusammenhang mit Arztberichten, Operationsberichten, Fotos usw. eingesetzt wird.

STEFAN KAUFMANN, DIREKTOR VON SANTÉSUISSE UND VIZEPRÄSIDENT DER SWISSDRG AG

\*Begriffserklärungen s. Glossar S. 10/11



SwissDRG: Die systematische, elektronische Datenübermittlung vereinfacht die Rechnungskontrolle und schont das Portemonnaie der Prämienzahler

## «Administrative Abläufe werden für Spital und Versicherer viel einfacher»

Die systematische, elektronische Datenübermittlung vom Spital an die Versicherer bringt Vorteile für alle. Der Datenschutz wird dadurch nicht gelockert. Ein Augenschein bei Visana.

«Guten Morgen, bitte hier eintragen, Sie erhalten einen Badge und werden abgeholt», sagt die nette Dame am Empfang am Visana-Hauptsitz in Bern. Anschaulicher kann ein Meeting zum Thema Datenschutz wohl kaum beginnen. Nicht nur der Schutz vor unberechtigtem Zutritt greift, sondern auch der Schutz vor der mündlichen Datenweitergabe: die zu unterzeichnende Schweigepflichtserklärung wurde der Besucherin bereits im Vorfeld des Treffens zugestellt. Der am Empfang angegebene «interne Kontakt» heisst Hanspeter Pulfer Schöni, ist Datenschutzverantwortlicher von Visana und Besitzer eines Badges, der zwar viele Türen zu öffnen vermag, aber nicht alle: Vor der massiven Drehtür zum grossen Serverraum ist Endstation. «In diesem Raum sind unter anderem die elektronisch übermittelten oder eingescannten Rechnungen abgelegt», erklärt Hanspeter Pulfer Schöni. Sie enthalten Angaben zum Versicherten und zum behandelnden Arzt, Versichertennummer, Konsultati-



Mario Fregonese: «Wenn Krankenversicherer kontrollieren sollen, ob die Mischung, die aus dem Mixer fliesst, stimmt, muss er schon wissen, welche einzelnen Komponenten oben hineingesteckt werden.»

Raffaella D'Amore: «Die elektronische Übermittlung von Daten erleichtert die Arbeit für alle Beteiligten und gefährdet den Datenschutz nicht.»

onsdauer, verschriebene Medikamente und manchmal auch den ICD-10 Code. ICD ist ein von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenes Diagnose-Schlüsselverzeichnis, das weltweit zur Klassifikation medizinischer Diagnosen eingesetzt wird. Physisch getrennt, in einem anderen Gebäude, werden die viel weiter reichenden medizinischen Daten der Patienten gelagert, etwa die Arztberichte mit aufgeführten Behandlungen und weitere Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten. Sie werden auf Anfrage der Krankenversicherer für die detaillierte Rechnungskontrolle vom Leistungserbringer an den Vertrauensärztlichen Dienst geliefert.

### Der Datenschutz ist seit Langem eine Kernkompetenz der Krankenversicherer

Zutrittskontrolle und die getrennte Aufbewahrung der Patientendaten sind nur zwei einer Fülle von Massnahmen, die Krankenversicherer aufgrund des Datenschutzgesetzes schon seit Langem zu erfüllen haben<sup>1</sup>. Diese reichen vom Schutz der Datensysteme über «die Einhaltung des Verwendungszwecks» – konkret: die Angaben dürfen nur zur Kontrolle der Rechnungen eingesetzt werden – bis zur Zugangskontrolle für unberechtigte Personen. Auch die Pflicht zur pseudonymisierten Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten ist im Gesetz festgeschrieben<sup>2</sup>. Und Art. 59 Abs. 1<sup>bis</sup> KVV spricht ebenfalls eine eindeutige Sprache: Die Versicherer müssen für die Bearbeitung der diagnosebezogenen Daten die erforderlichen technischen und organisatorischen datensichernden Massnahmen treffen.

Darum kümmert sich bei Visana im Ressort Schaden Mario Fregonese, Leiter Fachsupport Informatiksystem. Er und sein Team regeln die Zugriffsberechtigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf die Kernsysteme und auf die elektronisch übermittelten Rechnungsdaten. Die Art der Zugriffsberechtigung ist abhängig von der so genannten «Rolle» des Mitarbeiters. Die Rollenzuteilung erfolgt aufgrund der Stellenbeschreibung. Dass bei Visana insgesamt 127 «Rollen» existieren, illustriert, wie detailliert die Zugriffsrechte geregelt sind. Grundsätzlich gibt es vier voneinander getrennte Bereiche: solche, die für alle Visana-Mitarbeitenden zugänglich sind, solche, die nur für die Mitarbeitenden des Ressorts Schaden freigegeben sind und zwei Bereiche, auf die nur



wenige ausgewählte Spezialisten aus dem Ressort Schaden und dem Vertrauensärztlichen Dienst Zugriff haben. Mitarbeitende aus dem ersten Bereich erhalten keine medizinischen Informationen und können keine Leistungen verarbeiten. Mitarbeitende aus dem zweiten Bereich können Papierrechnungen sowie elektronische Rechnungen kontrollieren, verarbeiten und zur Auszahlung freigeben. Die Rechnungskontrolle ist ein gesetzlicher Auftrag der Krankenversicherer, den sie ausführen müssen. Pro Jahr werden gemäss Branchenzahlen dank der Rechnungskontrolle gesamtschweizerisch über eine Milliarde an Prämiegelder gespart, die Versicherten zahlen dadurch fünf Prämienprozent weniger.

#### Wie Visana mit besonders schützenswerten Daten umgeht

Auf dem Visana-Modellplan zum Datenschutz ist die dritte Stufe orange eingefärbt. Auf dieser Stufe können besonders schützenswerte Daten eingesehen werden (z.B. Diagnosen, aber keine Arztberichte). Der Vertrauensärztliche Dienst gehört dem vierten, auf dem Visana-Datenschutzplan rot gefärbten Bereich an. Er ist der am strengsten geschützte Bereich und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Zugriff haben hier einzig Mitarbeitende des Vertrauensärztlichen Dienstes und fallbezogen ausgewählte Fachpersonen. Ein externes, separates Postfach sorgt dafür, dass vertrauensärztliche Unterlagen nie in den normalen Postkreislauf gelangen. «Die Berichte und Auskünfte zuhanden des Vertrauensärztlichen Dienstes werden im eigenen, zutrittsgeschützten Archiv aufbewahrt. Einzig Assistentinnen des Vertrauensärztlichen Dienstes haben Zutritt zu diesem Archiv. Anfragen von Gruppenleitern beantwortet das Team der Vertrauensärzte mit einer Empfehlung, die aufgrund der ärztlichen Berichte erstellt wird. Dadurch wird garantiert, dass medizinische Daten das Büro des Vertrauensarztes nie verlassen. «Viele meinen, Datenschutz funktioniert nach dem Prinzip Käseglocke: schützenswerte Daten würden hermetisch wie mit einer Käseglocke von der Umwelt abgeschlossen – drunter herrsche dann Gewusel. Stimmt nicht, auch die abgeschlossenen Bereiche sind durchstrukturiert und mit detaillierten Berechtigungen ausgestattet», sagt Dr. med. Arthur Krähenbühl, Leiter des Vertrauensärztlichen Dienstes von Visana. «Jede Person erhält nur diejenigen Daten, die sie braucht, um arbeiten zu können», ergänzt der Datenschutzverantwortliche

Hanspeter Pulfer Schöni. Auch Visana-CEO Peter Fischer würde, falls er Informationen bräuchte, keinen Bericht von Arthur Krähenbühl erhalten, sondern nur eine Empfehlung.

#### Systematische, elektronische Datenübermittlung ab 2012

Raffaella D'Amore, Leiterin Leistungssupport, befasst sich intensiv mit der neuen Spitalfinanzierung und vor allem mit der viel diskutierten Rechnungsprüfung ab 2012. «Neu ist nicht der Inhalt, sondern die Technik: die stationären Rechnungen der Spitäler werden künftig standardisiert elektronisch einlaufen und nicht wie heute vorwiegend auf Papier», erklärt sie. Auch Kostengutsprachen werden ab 2012 in elektronischer Form erfolgen. Wer in einer Diskussion systematische, elektronische Datenübermittlung sagt, hört zwangsläufig die Replik «gefährdeter Datenschutz!» Die Aufregung rund um die künftige Lieferung der Daten kann Raffaella D'Amore nicht nachvollziehen. Um Rechnungen unter dem neuen Fallpauschalensystem kontrollieren zu können, sind Informationen zu den Diagnosen notwendig. «ICD-10 Diagnosecodes, verschriebene Medikamente und die Zahlstellennummer des Arztes, die Auskunft über sein Spezialgebiet gibt, liefern bereits heute viele Informationen und werden bereits heute unter strengen rollenbasierten Datenschutzrichtlinien verarbeitet», sagt D'Amore. Die Diskussion um die Übermittlung der SwissDRG-Daten (Diagnose, Nebendiagnose, Prozeduren) widerspiegelt für sie die Angst der Spitalverantwortlichen vor einer stärkeren Kontrolle. «Wenn der Krankenversicherer kontrollieren soll, ob die Mischung, die aus dem Mixer fließt, stimmt, muss er schon wissen, welche einzelnen Komponenten oben hineingesteckt werden», ergänzt Mario Fregonese. Dazu kommen weitere Merkmale wie Aufenthaltsdauer, Urlaubsstunden oder Angaben über eine allfällige Fallzusammenführung. Fehlen diese Angaben,



Fotos: Silvia Schütz

**Hanspeter Pulfer Schöni: «Ein Datenschützer ist im Idealfall Jurist, Informatiker und kennt alle Prozesse im Detail.»**

kann nicht einmal nachvollzogen werden, ob der Fall der richtigen Gruppe zugeordnet wurde. Die gesetzlich vorgeschriebene Rechnungskontrolle wird verunmöglicht.

### Ohne Diagnose Adipositas ist die direkte Rechnungskontrolle nicht möglich

Als Beispiel nennt D'Amore die operative Adipositasbehandlung. Seit kurzem muss der Eingriff neu ab einem Body Mass Index (BMI) von über 35 von der OKP bezahlt werden, falls der Betroffene zuvor vergeblich während zwei Jahren erfolglos eine nicht-chirurgische Therapie durchgeführt hat. Bisher galt ein BMI von über 40. Um überhaupt zu erkennen, ob es sich um einen solchen Eingriff handelt, muss die Diagnose auf der Rechnung übermittelt werden. «Nur so können wir die Rechnungsprüfung durchführen und bei Bedarf entscheiden, ob eine weitere Abklärung notwendig ist», erklärt D'Amore. Die Übermittlung der Daten ermöglicht eine effiziente und zum Teil automatisierte Rechnungskontrolle. Die Rechnungen werden mittels Regelwerk verarbeitet und gelangen nur in die manuelle Kontrolle, wenn das System etwas nicht zuordnen kann.

### Der Datenschutz im Gesetz

**Art. 33 ATSG: Schweigepflicht für alle:** «Personen, die an der Durchführung sowie der Kontrolle oder der Beaufsichtigung der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze beteiligt sind, haben gegenüber Dritten Verschwiegenheit zu bewahren.»

**Art. 42 Abs. 3 KVG:** Der Leistungserbringer muss dem Krankenversicherer (Tiers payant bei stationären Behandlungen) eine detaillierte und verständliche Rechnung zustellen. Er muss ihm alle Angaben machen, um die Berechnung der Vergütung und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen zu können.

**Art. 59 Abs 1<sup>ter</sup> KVV:** «Zur Aufbewahrung der diagnosebezogenen Daten werden Personalien der Versicherten pseudonymisiert. Die Aufhebung der Pseudonymisierung kann nur durch den Vertrauensarzt oder die Vertrauensärztin des Versicherers erfolgen.

**Art. 84a KVG:** Aus diesem Artikel geht hervor, dass die Krankenversicherer besonders schützenswerte Daten bearbeiten (und logischerweise auch erhalten) dürfen.

**Art. 84b KVG (tritt per 1.2.2012 in Kraft):** Die Krankenversicherer müssen für den Schutz von diagnosebezogenen Daten ein Bearbeitungsreglement erstellen, das dem Datenschutz vorzulegen ist und öffentlich sein muss.

**Art. 92 c KVG:** Strafrechtliche Folgen: «Mit Geldstrafe (...) oder einer höheren Strafe (...) wird bestraft wer: (...) wer namentlich die Schweigepflicht verletzt oder seine Stellung zum Nachteil Dritter, zum eigenen Vorteil oder zum unrechtmässigen Vorteil anderer missbraucht.



**Arthur Krähenbühl:** «Die Berichte und Auskünfte zuhanden des Vertrauensärztlichen Dienstes werden im eigenen, Zutrittsgeschützten Archiv aufbewahrt. Einzig VA-Assistentinnen haben Zutritt zu diesem Archiv.»

Vergessen wird in der Diskussion rund um den Datenschutz auch oft, dass die Versicherer der Aufsicht der Behörden unterstehen und im Falle eines Verstosses Strafen riskieren.<sup>3</sup> Auf den Zeitpunkt der Einführung von SwissDRG müssen die Versicherer ein neues Bearbeitungsreglement erstellen, das dem Datenschutz vorzulegen ist und öffentlich zugänglich sein muss<sup>4</sup>.

### Automatische Kontrolle ist ein Gewinn für alle

Die Rechnungsprüfung ist das eine, die Triage der Rechnungen das andere. D'Amore rechnet damit, dass unter SwissDRG dank der systematischen, elektronischen Diagnosenübermittlung mittelfristig ein Grossteil der stationären Rechnungen automatisch durch das System laufen. Die Rechnungsdaten, die datenschutzrechtlich unbedenklich sind, bleiben für die Mitarbeitenden der Rechnungsprüfung jederzeit für die Rechnungsverarbeitung einsehbar. Sämtliche medizinische Informationen sind nur dem Vertrauensärztlichen Dienst zugänglich.

Ein kleiner Teil der Rechnungen wird auch künftig den Vertrauensarzt auf den Plan rufen, weil sie eine medizinische Einschätzung erfordern.

«Die systematische, elektronische Datenübermittlung bringt», so D'Amore, «nur Vorteile für alle Beteiligten: die administrativen Abläufe werden für Spital und Versicherer um ein vielfaches einfacher. Dadurch lassen sich Kontrollkosten sparen, ohne dass der Datenschutz gelockert wird.»

Technisch ist der Datenschutz gewährt, bleibt der Faktor Mensch. «Das schwächste Glied in der Kette ist beim Datenschutz der Mensch», sagt Hanspeter Pulfer Schöni. Das Mittel dagegen sind regelmässige Sensibilisierung, gekoppelt mit verbindlichen Weisungen und Kontrollen.

SILVIA SCHÜTZ

<sup>1</sup> Art. 8–10, Verordnung zum Bundesgesetz über den Datenschutz (VDSG)

<sup>2</sup> Art. 59 Abs 1<sup>ter</sup> KVV

<sup>3</sup> Art. 92 KVG

<sup>4</sup> Art. 84b KVG



## Wissen zu DRG im Zeitraffer

**Schnelles Grundwissen zu SwissDRG erhalten Dummies und Fortgeschrittene, wenn sie die untenstehenden Antworten lesen.**

### Aus welchem Grund werden Fallpauschalen eingeführt?

Das neue Tarifsysteem SwissDRG bietet Transparenz und Vergleichbarkeit und schafft damit Effizienz. Bislang ist die Vergütung von stationären Spitalbehandlungen in der Schweiz sehr uneinheitlich geregelt. Einige Spitäler arbeiten bereits seit einer Weile mit dem Fallpauschalensystem (AP-DRG), andere wenden hingegen die Abgeltung nach Tagespauschale an. Das führt dazu, dass gleiche Leistungen von den Krankenversicherern je nach Kanton unterschiedlich vergütet werden. Vergleichbarkeit und Transparenz werden dadurch verunmöglicht. Dazu kommt: Momentan haben die Kantone die gesetzliche Pflicht zur Defizitdeckung, was die Leistungsanreize für die Spitäler hemmt und den Wettbewerb behindert. Die Defizite der Spitäler werden durch Steuerelder bezahlt. Mit den ab 2012 geltenden Pauschalpreisen je

nach Diagnose und Behandlung werden jene Spitäler konkurrenzfähig sein, die den Patienten hohe Qualität zu günstigen Preisen bieten. Dank Fallpauschalen werden nicht mehr Spitalkosten, sondern tatsächlich erbrachte Spitalleistungen durch Kantone und Krankenversicherer gemeinsam bezahlt. Die zum Teil heute angewandte Vergütung nach Tagespauschalen kann nicht nur zu Ineffizienzen führen (die Patienten werden z.B. länger als nötig im Spital behalten), sondern auch dazu, dass aufwändige Fälle zu niedrig und eher unproblematische Fälle zu hoch vergütet werden.

### Wie entsteht eine Fallpauschale?

Das wichtigste Kriterium für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallgruppe ist die Hauptdiagnose bei Spitalaustritt. Weitere Klassifikationsmerkmale sind Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter, Geschlecht, Art des Spitalaustritts, Schweregrad, bei Neugeborenen das Geburtsgewicht und weitere Faktoren. Diese Angaben werden in die Gruppierungssoftware (Grouper) eingespeist und einer Fallgruppe zugewiesen (DRG). Jede Fallgruppe (z.B. Blinddarm-OP) hat schweizweit dasselbe Kostengewicht\*. Dieses wird mit dem Basispreis\* des jeweiligen Spitals multipliziert und ergibt die Höhe der entsprechenden SwissDRG-Fallpauschale. Verschlüsselt werden Diagnosen und Prozeduren nach folgenden Regeln: ICD-10: Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision. Sie wird zur Verschlüsselung von Diagnosen in der medizinischen Versorgung eingesetzt. CHOP: Schweizerische Operationsklassifikation. Sie wird zur Verschlüsselung von Prozeduren (Operationen und Behandlungen) verwendet.

### Welche Vorteile haben die DRG (Diagnosis Related Groups)?

- Mit Fallpauschalen werden die Kosten für medizinische Leistungen in den Spitälern vergleichbar und transparent.
- Eine leistungsgerechte Vergütung wird ermöglicht.
- Fallpauschalen leisten einen Beitrag zu einem ökonomisch tragbaren Gesundheitswesen in der Schweiz.
- Fallpauschalen helfen den Spitälern, vorhandene Sparpotenziale zu nutzen und Prozesse zu optimieren.
- Fallpauschalen fördern die Prozessorientierung innerhalb des Spitals und zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern. Damit stärken sie die Zusammenarbeit zwischen den Fachdisziplinen und Institutionen.
- Fallpauschalen vereinfachen die kantonsübergreifende Spitalplanung.
- Fallpauschalen helfen dem medizinischen Fachpersonal, seine Arbeit einheitlich und effizient zu erledigen.
- Die Patientinnen und Patienten profitieren langfristig von einem abgestimmten Behandlungsprozess und dem zunehmenden Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungserbringern.



Fallpauschalen sorgen für mehr Effizienz. Dadurch erhält der Patient gute Qualität zu tragbaren Preisen.

\*Begriffserklärungen s. Glossar S. 10/11

# Glossar SwissDRG

## Baserate/Basispreis

Die Baserate (Basisfallwert) bezeichnet den Preis einer Behandlung in einem DRG-System. Die Baserate ist vergleichbar mit dem Taxpunktwert im TARMED. Grundlage für die Berechnung ist der kalkulatorische Basispreis. Dazu werden die Gesamtkosten (Betriebskosten wie z.B. Personalkosten, die in den von der OKP bezahlten Bereichen anfallen) dividiert durch die Summe aller Kostengewichte. Aufgrund dieser Basis verhandeln Krankenversicherer und Spitäler den realen Basispreis. Dieser richtet sich nach den Spitälern, welche die Behandlungen in der nötigen Qualität ökonomisch erbringen. Wenn dieser ausgehandelte Basispreis mit dem Kostengewicht einer SwissDRG multipliziert wird, erhält man den Preis der Behandlung bzw. die Fallpauschale.

## Benchmark

Ein Benchmark ist ein Vergleich mit klar festgelegten Massstäben. In der Regel gibt er Aufschlüsse darüber, wo ein Unternehmen bezüglich bestimmter Eigenschaften im Vergleich zum Durchschnitt oder zu den Besten steht. Vom DRG-System erhoffen sich die Akteure Benchmarks zu den Kosten, zur Effizienz und zur Qualität.

## Bloody Exit

Ein Bloody Exit ist ein Austritt aus dem Spital, bevor der Gesundheitszustand des Patienten dies eigentlich erlauben würde. Das Phänomen wurde in der Realität weder in Deutschland noch in der Schweiz festgestellt.

## Case Mix Index

Der Case Mix ist die Summe aller Kostengewichte eines Spitals während einer bestimmten Zeitspanne. Dividiert man den Case Mix durch die Anzahl Fälle, erhält man den Case Mix Index. Je höher er ist, desto schwerere Fälle behandelt ein Spital im Durchschnitt.

## Codierung/Codierrevision

Bei der Codierung ordnen speziell ausgebildete Experten jedem Fall die richtige Fallgruppe (DRG) zu. Die Codierer entnehmen den ärztlichen Berichten die Diagnosen und Prozeduren und bestimmen damit nach strengen Regeln die Fallgruppe. Im Rahmen der Codierrevision überprüfen unabhängige Experten stichprobenartig, ob die Krankengeschichte in die korrekte DRG transferiert wurde. Die Codierrevision ist nicht identisch mit der Revisionskontrolle der Krankenversicherer und kann diese nicht ersetzen.

## DRG

Diagnosis Related Groups. In diesem Klassifikationssystem werden die Patienten anhand der Diagnosen und der durchgeführten Behandlungsschritte (Prozeduren) in Fallgruppen (DRG) eingeteilt. Jede Fallgruppe wird nach dem erforderlichen ökonomischen Aufwand bewertet. Daraus

ergibt sich für jede Fallgruppe ein Kostengewicht. Multipliziert man dieses mit dem Basispreis des Spitals, ergibt sich der Preis, der von der Krankenversicherung vergütet wird.

## Fallpauschalen

Das sind die Preise, welche die Leistungserbringer für eine Behandlung erhalten. Sie richtet sich nach dem Preis, der für eine effiziente Durchführung der Behandlung gerechtfertigt ist. Eine Operation am offenen Herzen zum Beispiel hat ein höheres Kostengewicht und dadurch auch eine höhere Fallpauschale als eine Blinddarmentfernung (Fallpauschale = Kostengewicht «OP Herz» multipliziert mit dem verhandelten Basispreis des Spitals).

## Grouper

DRG-Grouper sind Computerprogramme, mit deren Hilfe die Codierer Patienten in die korrekte Fallgruppe einordnen. Eingespist werden Diagnosen, Prozeduren und soziodemographische Daten.

## Höhercodierung/Upcoding/Übercodierung

Professionelle Codierung erbrachter Leistungen, die den Spielraum, den die Codierregeln gewähren, in optimaler Weise nutzt. Professionelle Codierer erzielen höhere Fallpauschalen als andere.

## ICD-10

ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem von Diagnosen und Krankheiten. Es ist Basis der Diagnosen von SwissDRG.

## Kostengewicht

Je nach Aufwand und Komplexität der Behandlung erhält jede Fallgruppe ein Kostengewicht. Einfache Behandlungen haben ein tiefes (z.B. 0,8), komplexere ein höheres Kostengewicht (z.B. 1,3). Der Durchschnitt aller Kostengewichte beträgt 1,0. Das Kostengewicht ist vergleichbar mit der Anzahl Taxpunkte einer Behandlung nach TARMED.

## Leistungsorientierte Abgeltung

Diese Form der Vergütung entschädigt den durchschnittlichen ökonomischen Aufwand einer Behandlung. Das bedeutet: Die Leistungserbringer erhalten keine Entschädigung für einzelne Schritte der Behandlung (wie im TARMED) oder für die Dauer einer Behandlung (Tagespauschalen in Spitälern). Stattdessen erhalten sie einen gewissen Betrag für eine Blinddarmoperation oder eine Gallensteinentfernung. Die Tarife orientieren sich dabei nicht an den Kosten des Spitals, sondern an einer effizienten Durchführung der Behandlungen.

## Minimum Data Set

Das Minimum Data Set bezeichnet die Angaben, welche für die Krankenversicherung zur Kontrolle der Spitalrechnung



gen nötig sind. Dazu gehören alle abrechnungsrelevanten Diagnosen und Prozeduren. Ein Urteil des Bundesgerichts hat festgehalten, dass die systematische Lieferung solcher Angaben an die Krankenkassen zulässig ist – allerdings nur unter strikter Berücksichtigung des Datenschutzes.

### Outlier

Ausreisser im Gegensatz zu Inlier (Normalfall). Grundsätzlich werden alle Patienten, die in die gleiche DRG-Fallgruppe eingruppiert werden, mit der gleichen Fallpauschale vergütet. Neben diesen Normalfällen gibt es jedoch Ausreisserfälle (fünf Prozent). Wenn der Patient als Ausreisser ungewöhnlich lange oder kurz liegt, erhöht oder reduziert sich ihr Kostengewicht.

### Spitalliste

Der Kanton setzt Spitäler auf eine Liste, die nötig sind, um die Versorgung der Bevölkerung in einem Kanton sicherzustellen. An die Leistungen und Investitionen der Spitäler, zahlt der Kanton mindestens 55 Prozent. Neu muss der Kanton diesen Anteil auch an Privatspitäler auf der Liste entrichten. Für nicht gelistete Spitäler (Vertragsspitäler) fällt der Anteil des Kantons weg. Er wird durch die Zusatzversicherung bezahlt.

### SwissDRG

Ein spezifisch auf die Schweiz angepasstes DRG-System. Es basiert auf German DRG, das in Deutschland seit 2003 im Einsatz ist.

### SwissDRG AG

Die Hauptaufgaben der SwissDRG AG sind die Berechnung von Kostengewichten sowie die Pflege und Weiterentwicklung des Tariffsystems. In der SwissDRG AG haben Vertreter der Kantone, der Versicherer, der Spitäler und der FMH Einsitz.

### Tarif

Bildet die von Spitälern, Ärzten, Physiotherapeuten erbrachten Leistungen ab. Bei einem Einzelleistungstarif wie dem TARMED wird jede einzelne Leistung aufgelistet. Z.B. Diagnosestellung, Behandlung, Konsultation. Er umfasst über 4600 Positionen. Es gibt noch den Zeittarif (z.B. bei der Spixet), den Pauschaltarif oder DRG (Fallpauschalen).

### Taxpunktwert

Der ausgehandelte Frankenwert pro Taxpunkt. In SwissDRG ist er vergleichbar mit der Baserate.

### Taxpunkt

Gewichtet die Leistung im Vergleich mit anderen Leistungen. Legt im TARMED die Wertrelation von Behandlungen fest. Sterilitätsberatung für die Frau durch den Facharzt für Gynäkologie, pro fünf Min. hat den Taxpunkt 9.57 für die ärztliche Leistung. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch von über 16-Jährigen ist pro 15 Minuten mit 41,37 Taxpunkten bewertet. In SwissDRG entspricht das Costweight/Kostengewicht dem Taxpunkt.

### Vergütungsteiler/Kostenteiler

Der prozentuale Anteil der Vergütung an der Spitalfinanzierung, die Kanton und Krankenversicherer je übernehmen müssen. Nach einer Übergangsfrist bis 2017 beträgt er für die Krankenversicherer maximal 45 Prozent, für die Kantone minimal 55 Prozent. Festgelegt werden die Vergütungsteiler pro Kanton durch den Kanton. Kantone, welche im Jahr 2009 unter dem Schweizer Prämiedurchschnitt lagen, dürfen während der Übergangsfrist einen tieferen Vergütungsteiler als 55 Prozent wählen.

### Vollkostenprinzip

Das Vollkostenprinzip bedeutet, dass die Spitäler mit den DRG-Tarifen sämtliche Kosten decken müssen – also auch die Investitionen.



KOSTEN-GEWICHT	FALLGRUPPE
0.661	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen
0.709	Muskel- und Sehnenkrankungen oder Verstauchung, Zerrung und Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel
0.578	Leichte bis moderate Verletzung von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk
7.903	Neuimplantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefässeingriff
0.624	Appendektomie ausser bei Peritonitis, ohne äusserst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre



# Wo der Prämienzahler zur Kasse gebeten wird

Die neue Spitalfinanzierung tritt unwiderruflich auf den 1. Januar 2012 in Kraft. Damit verbunden sind heute zwar noch einige offene Umsetzungsfragen, doch ist der fahrende Dampfer auf Kurs und kann nicht mehr aufgehalten werden. Jetzt schon ist bekannt, dass einzelne Kantone die Kosten auf die Prämienzahler abwälzen.

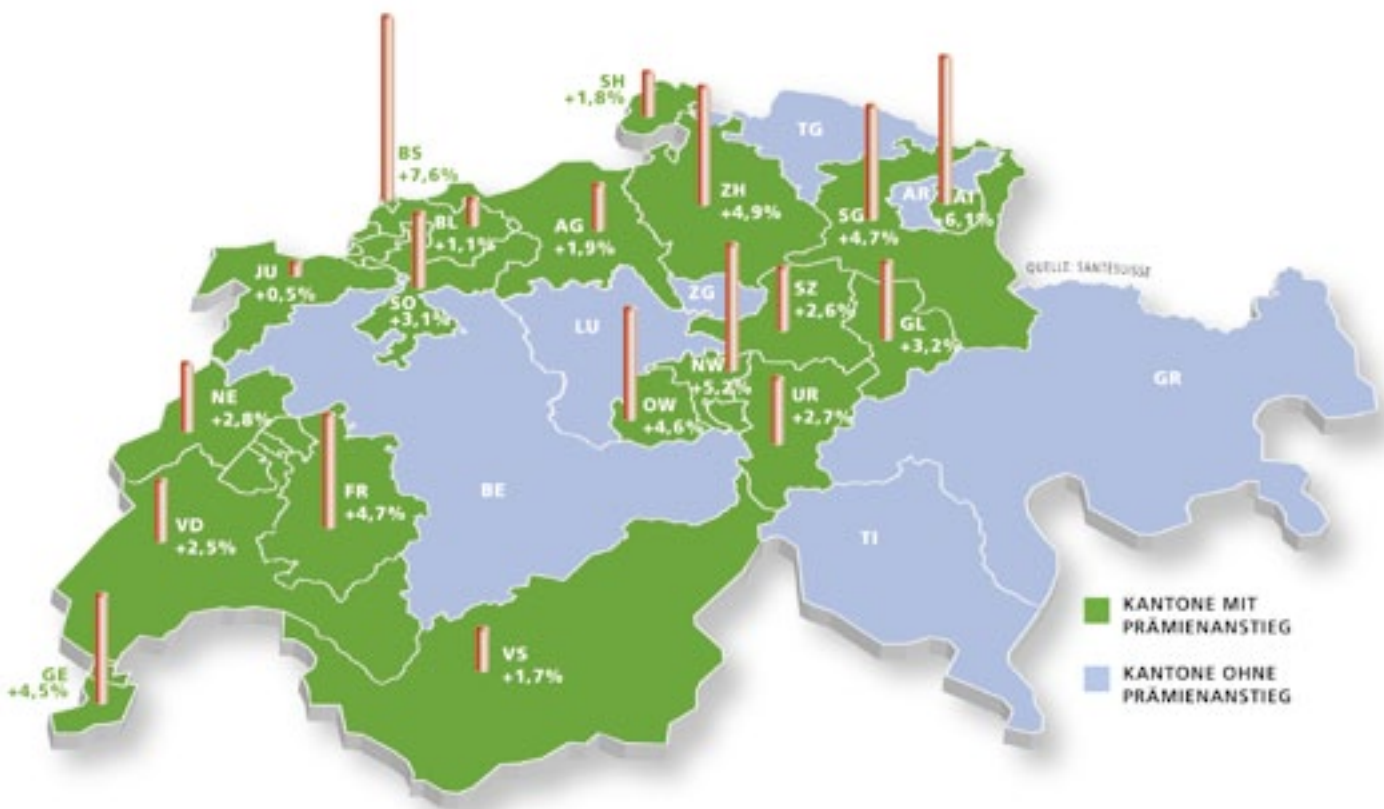
Die aufgezählten Änderungen machen offensichtlich, dass die Schweizer Spitalwelt nachhaltig umgestaltet wird. Die Folgen all dieser gesetzlichen Anpassungen sind schwierig abschätzbar. Dennoch haben sich die Spezialisten von tarifsuisse an die Herausforderung gewagt und im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und im Namen der Versicherer eine Kostenschätzung erstellt. Dabei wird schnell klar, dass die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu Mehrkosten in zwei unterschiedlichen Bereichen führt.

## Spitallisten und Vergütungsteiler beeinflussen Prämien

Zum einen beeinflussen die von den Kantonen erstellten Spitallisten und die von den Kantonen festgelegte Aufteilung der Vergütung zwischen Kanton und Krankenversicherer die Prämienhöhe (siehe auch Artikel S.4). Indem die Kantone neu alle zur Versorgung notwendigen Spitäler auf die Spitalliste setzen müssen, werden alle stationären Spitalleistungen – neu auch die gelisteten Privatspitäler und Geburtshäuser – automatisch mit dem entsprechenden Vergütungsteiler\* zwischen Kanton und Krankenversicherer mitfinanziert. Dass mehr Spitäler als bis anhin auf den Spitallisten stehen werden, führt demnach zu höheren Kosten.

## Fallpauschalen mit Preisen für die Leistung

Das Kernstück der Änderungen ab 1.1.2012 sind zum anderen die Fallpauschalen (SwissDRG) für die Akutsomatik. Sie finanzieren nicht die Kosten eines Spitals, sondern sie vergü-



KANTONE MIT PRÄMIENANSTIEG				KANTONE OHNE PRÄMIENANSTIEG	
BASEL-STADT	7,6%	NEUCHÂTEL	2,8%	TESSIN	- 6,6%
APPENZELL IR	6,1%	URI	2,7%	BERN	- 4,9%
NIDWALDEN	5,2%	SCHWYZ	2,6%	THURGAU	- 0,6%
ZÜRICH	4,9%	VAUD	2,5%	APPENZELL AR	- 0,2%
FRIBOURG / ST. GALLEN	4,7%	AARGAU	1,9%	GRAUBÜNDEN	0%
OBWALDEN	4,6%	SCHAFFHAUSEN	1,8%	ZUG	0,1%
GENÈVE	4,5%	WALLIS	1,7%	LUZERN	0,1%
GLARUS	3,2%	BASEL-LAND	1,1%		
SOLOTHURN	3,1%	JURA	0,5%	ANSTIEG SCHWEIZ	1,6%

19 Kantone nehmen durch die Festsetzung eines zu tiefen Kostenteilers einen Prämienanstieg in Kauf. Datenbasis der Berechnungen von santésuisse ist das Jahr 2008. Abgebildet wird einzig der Effekt des Systemwechsels auf die neue Spitalfinanzierung. Die jährliche Entwicklung der Gesundheitsausgaben, die im Schnitt pro Jahr um 4,5 Prozent steigen, ist darin nicht enthalten.

ten die Leistungen, die ein Versicherter beansprucht. Anders ausgedrückt: Beahlt wird der Preis einer Behandlung (z.B. eine Blinddarmoperation) und nicht die Ausgaben, die einem (z.B. unwirtschaftlich arbeitenden) Spital anfallen. Damit wird die Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene gewährleistet. Das Ziel ist, dass sich in naher Zukunft die Preise für die gleiche Behandlung annähern werden. Dadurch wird der Wettbewerb unter den Spitälern lanciert, denn der Patient kann neu schweizweit jedes Spital frei aufgrund von dessen Qualität und Preis auswählen. Seinen Anteil (Anteil Kanton und OKP) am Preis der Behandlung kann er aufgrund der freien Spitalwahl über die Kantons Grenzen mitnehmen. Einzig die Differenz zu einem höheren ausserkantonalen Preis muss er selbst berappen. Die kantonale Spitalplanung wird dadurch de facto überflüssig.

### Investitionen erhöhen Prämien

Ebenfalls neu enthalten in den Spitaltarifen und damit in den Fallpauschalen sind die Kosten der nichtuniversitären Aus- und Weiterbildung. Wie die Investitionen wurden auch die Ausbildungskosten bis anhin von den Kantonen getragen. Auch die Investitionskosten werden von den Kantonen grösstenteils via Vergütungsteiler auf die Versicherer übertragen. Welchen Effekt die Wahl des Vergütungsteilers auf die Prämien hat, zeigt die Grafik.

### Gefahren von SwissDRG

Der Wechsel zu einem leistungsorientierten Tarifmodell wie SwissDRG ist selbstverständlich mit Gefahren verbunden. Die Versicherer erwarten einen Kostenschub, weil die Spitäler bei der Codierung den zulässigen Spielraum innerhalb der Codierrichtlinien ausreizen werden (Höhercodierung\*). Die Spitäler ihrerseits befürchten Ertragsausfälle. Art. 59 KVV sieht aber klar vor, dass der Wechsel eines Tarifmodells zu keinen Mehrkosten führen darf. Eine Kostenneutralität bzw. eine Ertragsgarantie, wie sie sich die Spitäler wünschen, würde de facto zu einem Einfrieren auch überhöhter Tarife führen. Das würde der Absicht des Parlamentes widersprechen. Minderkosten sind aber erwünscht und logische Folge des verstärkten Preiswettbewerbes. Dies will das revidierte KVG explizit erreichen. Die Krankenversicherer werden die Faktoren (u.a. die Case Mix Indizes\*), die den Preis einer Fallpauschale bestimmen, vertraglich zugunsten der Prämienzahler absichern und durch preisorientierte Verhandlungen dafür sorgen, dass der Schaden für die Prämienzahler begrenzt wird.

### 350 Millionen zulasten der Prämienzahler

In der Summe beziffern die Experten von tarifsuisse ag die Mehrkosten all dieser Elemente mit über 350 Millionen Franken

### Die wichtigsten Änderungen:

- Kantonale Spitalisten aufgrund wirtschaftlicher und qualitativer Kriterien.
- Freie Spitalwahl für die Versicherten schweizweit.
- Gleichstellung von öffentlich und privat finanzierten Spitälern.
- Spitaltarife orientieren sich an denjenigen Spitälern, welche die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.
- Einführung leistungsorientierter Pauschalen (SwissDRG in der Akutsomatik).
- Neuer Vergütungsteiler zwischen Kantonen und Krankenversicherern.
- Möglichkeit der Vertragsabschlüsse zwischen Krankenversicherern und Spitälern, die zur Versorgung nicht notwendig sind (= Vertragsspitäler werden nur von den Versicherern bezahlt).
- Abgeltung der Investitionskosten (Anlagenutzungskosten) in die Spitaltarife bzw. Fallpauschalen.
- Neudefinition von universitärer Lehre und Forschung.

zulasten der Krankenversicherer und damit der Prämienzahler. Die Mehrkosten entstehen dabei kaum durch den Wechsel auf SwissDRG sondern durch die zu tiefen Vergütungsteiler und den Einbezug der Investitionen in die Spitaltarife. Fazit: Den Versicherern werden kaum Mittel in die Hand gegeben, die Mehrkosten der Spitalfinanzierung zu verhindern. Die Kantone hätten es demgegenüber in der Hand gehabt, durch eine kluge Ausgestaltung der Spitalisten und einer angemessenen Wahl des Vergütungsteilers die Prämienzahler zu entlasten. Sie haben es stattdessen vorgezogen, ihre Staatshaushalte ein weiteres Mal zulasten der Prämienzahler zu sanieren.

### Gleiche Preise pro Behandlung schweizweit

Die Verhandlungen werden künftig streng nach Art. 49 KVG geführt. Das heisst, dass jedes Spital einem Preis- und Qualitätswettbewerb ausgesetzt wird. Die Kosten des einzelnen Spitals spielen dabei keine Rolle, da mit den leistungsorientierten Pauschalen die Leistungen eins zu eins vergleichbar werden: Unabhängig von der Wahl des Spitals und unabhängig in welchem Kanton dieses steht, sollen die Preise je länger je mehr für einen bestimmten Eingriff und eine definierte Behandlung gleich sein.

MICHAEL ROLAZ, LEITER ABTEILUNG SPITAL STATIONÄR

\*Begriffserklärungen s. Glossar S. 10/11

## Zahlen

<b>313</b> Spitäler und Kliniken zählt die Schweiz 2009.	<b>39 539</b> freie Pflegebetten 2009.	<b>1 312 179</b> behandelte Fälle 2009. Grundlage: Zahl der Spitalaustritte.	<b>12 990 096</b> Hospitalisierungstage 2009.	<b>20 519,4</b> Mio. CHF: Betriebsausgaben 2009.
--	--	--	---	--

Quelle: Bundesamt für Statistik (BSF). Es handelt sich stets um die Zahlen sämtlicher Spitäler und Kliniken.



# Sind die Westschweizer Spitaleinrichtungen gerüstet?

**Am 1. Januar 2012 werden die SwissDRG eingeführt. Sind die öffentlichen und privaten Spitäler auf die Herausforderung vorbereitet? Ein Genfer Beratungsunternehmen stellt seine Diagnose.<sup>1</sup> Die Umsetzung der DRG wird hart werden, vor allem in den Privatspitälern. Alles in allem ist die Situation aber nicht ausweglos, Rezepte für das Gelingen gibt es.**

Nur noch wenige Monate trennen das Schweizer Gesundheitssystem von einer Mini-Revolution. Schluss mit den nach Tagespauschalen abgerechneten Spitalleistungen – Platz den SwissDRG mit diagnoseabhängigen Fallpauschalen. Doch wie sind die Schweizer Spitäler darauf vorbereitet? Werden sie die Hürde meistern und Effizienz beweisen? Oder wird es ihnen wie zahlreichen deutschen Spital Einrichtungen ergehen, die das Ausmass der organisatorischen Änderungen unterschätzt hatten und während der ersten Jahre mit DRG grosse finanzielle Verluste in Kauf nehmen mussten?

## Umfrage bei den Westschweizer Spitaleinrichtungen

Für ihre Studie befragte das Beratungsunternehmen Newton Associates vierzehn Westschweizer Spitaleinrichtungen, darunter zwei Universitätsspitäler, verschiedene Regionalspitäler und mehrere Privatkliniken. Insgesamt wurden 25 Personen interviewt.

Vier Kriterien wurden hinzugezogen, um den Integrationsgrad der DRG in den verschiedenen Organisationseinheiten der Spitaleinrichtungen zu messen: das Konzept, die menschlichen Ressourcen, die Organisation und die Instrumente. Während beim «Konzept» der strategische Plan der Einrichtung beurteilt wird, geht es bei den «menschlichen Ressourcen» um die Involvierung und die Ausbildung des medizinischen, pflegerischen und administrativen Personals; desgleichen wird bei der «Organisation» die Übereinstimmung mit den im «Konzept» festgehaltenen Zielen untersucht, unter Berücksichtigung der Sachzwänge, die mit den menschlichen oder materiellen Ressourcen verbundenen sind; das Kriterium «Instrumente» schliesslich bewertet unter anderem, ob und auf welchem Kenntnisstand die Grouper-Software und das elektronische Patientendossier (EPD) usw. verwendet werden.

## Befund: Öffentliche Spitäler besser vorbereitet als Privatkliniken

Rasch zeichnen sich grosse Unterschiede ab: Während sich manche des Umfangs der bevorstehenden Strukturänderungen bewusst sind, beschränken andere ihre Vorbereitungen

auf den Kauf der Grouper-Software, die für die DRG-Zuordnung benötigt wird. Für Letztere wird das Jahr 2012 sicherlich kritisch. Grundsätzlich lassen sich zwei Lager unterscheiden: die öffentlichen Spitäler und die Privatspitäler. Insgesamt sind die öffentlichen Spitäler besser vorbereitet, da sie sich auf ihre Erfahrung mit den APDRG und das Wissen der daran mitwirkenden Ärzte abstützen können. Ein Wermutstropfen indes: Die Spitäler unterschätzen häufig den Unterschied zwischen den APDRG und den SwissDRG. Die Privatspitäler erreichen hingegen nur mittelmässige Resultate. Der Grund dafür ist einfach: Sie haben keine Erfahrung mit DRG, und das medizinische Personal ist weniger in die administrative und organisatorische Struktur eingebunden (siehe Kasten).

## Rezept Nr. 1: eine Dosis Information und Kommunikation

Lösungen, um allfällige Rückstände wettzumachen, existieren, sowohl für die Westschweizer als auch für die Deutschschweizer Spitaleinrichtungen (nicht berücksichtigt für die Studie). Das Zusammentragen der medizinischen Daten durch die Ärzte und das Pflegepersonal erweist sich dabei als eigentliches Gerippe des ganzen DRG-Systems. Denn diese Daten werden nachher als DRG-Code verschlüsselt und zeigen, wo das Spital im Vergleich mit anderen hinsichtlich Effizienz und Qualität steht. Diese Informationen dienen als Basis für die strategische Ausrichtung. Es ist also wesentlich, Ärzte und Pflegepersonal für die Relevanz der Datenqualität zu sensibilisieren und sie entsprechend auszubilden. Erst danach muss man einen erfahrenen Codierer

Foto: Keystone



**Der Countdown läuft. In der Roman- die ticken noch nicht alle Uhren im SwissDRG-Rhythmus.**

## ZUSAMMENFASSUNG DER AUSWERTUNG UND NOTEN AUF EINER SKALA VON 1 BIS 3

ÖFFENTLICHE SPITÄLER	PRIVATSPITÄLER
<b>2,4</b> <b>Konzeptnote</b> Die DRG werden defensiv und protektionistisch in die Überlegungen der Spitalleitung einbezogen. Die Spitäler müssen die Auswirkungen noch mehr antizipieren und eine proaktive Strategie entwickeln.	<b>1,7</b> <b>Konzeptnote</b> Nur wenige Einrichtungen verfügen über eine wirkliche Strategie, die der Einführung der DRG Rechnung trägt.
<b>2,2</b> <b>Menschliche Ressourcen</b> Das medizinische Personal muss stärker involviert und der Dialog zwischen dem administrativen, medizinischen und pflegerischen Personal intensiviert werden. Alle müssen die Sachzwänge und Ziele jedes Einzelnen verstehen.	<b>1,8</b> <b>Menschliche Ressourcen</b> Bis anhin waren die Ärzte bezüglich Rechnungsstellung und Wahl der Behandlung relativ unabhängig. Die Notwendigkeit, sich innerhalb eines gemeinsamen finanziellen Rahmens zu bewegen, wird eine grössere Solidarität zwischen der Einrichtung und dem Arzt- und Pflegepersonal erfordern.
<b>2,3</b> <b>Organisation</b> Eine gewisse Projekt- und Change-Management-Kultur ist festzustellen. Doch die strukturellen Projekte sind noch nicht genügend auf eine Optimierung des finanziellen Ertrags ausgerichtet.	<b>1,7</b> <b>Organisation</b> Die Privatkliniken sind heute sehr flexibel und passen sich den Patienten wie den Ärzten an. Sie werden sich im Spannungsfeld zwischen diesen vielfältigen Abläufen einerseits und dem strengen Rahmen der DRG andererseits zurechtfinden müssen.
<b>2,2</b> <b>Instrumente</b> Die Einführung des elektronischen Patientendossiers konkretisiert sich. Was noch fehlt, ist eine zweckmässige Interpretation der Zahlen und deren Bereitstellung für die verschiedenen Abteilungen, denen sie als Orientierungshilfe bei ihren Entscheidungen über die Vorgehensweise dienen sollen.	<b>1,5</b> <b>Instrumente</b> Die mangelnde Koordination zwischen den Arbeitsinstrumenten der Kliniken, der Ärzte und der externen Stellen führt zu einem Bruch in der Informationskette und mindert die Effizienz der administrativen Abläufe.

Quelle: Newton Associates

einstellen und eine leistungsstarke Software beschaffen. Um eine Behandlung effizient gestalten zu können, braucht es eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Verwaltungspersonen, Ärzteschaft und Pflegepersonal. Jeder muss das Tätigkeitsgebiet des andern kennen. Das Pflegepersonal wird zur Brücke zwischen den Ärzten und dem Verwaltungspersonal, und das medizinische Personal akzeptiert, wenn in die Wahl einer Behandlung auch wirtschaftliche Überlegungen einfließen, selbst wenn diese an der Vorstellung der Therapiefreiheit rütteln.

### Rezept Nr. 2: Vorsorgen ist besser als Heilen

Die andere goldene Regel besteht darin, sich auf alle mit dem Inkrafttreten der SwissDRG einhergehenden Änderungen einzustellen und diese zu planen. Die Codierer müssen im Voraus geschult, die DRG so früh wie möglich in die Strategie der Spitaleinrichtung eingebunden und die Finanzsimulationen mehrfach wiederholt werden, damit man beispielsweise bereits vorab über die wirtschaftlichen Auswirkungen im Bilde ist, welche die Festsetzung der Baserate mit sich bringt. Mit diesem Instrument in der Hand wird es aus Sicht der Spitäler einfacher sein, die Verhandlungen mit den Tarifpartnern erfolgreich anzugehen.

Die andere entscheidende Veränderung, die es zu berücksichtigen gilt, ist die Aufenthaltsdauer. Das gegenwärtige Fakturierungsmodell beruht teilweise auf der Anzahl Spittage, während die DRG diesem Umstand keine oder nur wenig Rechnung tragen. Eine schlechte Handhabung der Aufenthalte kann teuer zu stehen kommen (egal ob der Aufenthalt zu kurz ist und damit eine erneute Spitaleinweisung nach sich zieht oder ob er zu lang ist). Der Ein- und Austritt der Patienten muss also optimiert werden, indem man zum

Beispiel klinische Behandlungspfade oder ein Case-Management-System vorsieht.

Noch acht Monate bis zur Einführung der SwissDRG – der Count-down läuft. Die letzten Details müssten jetzt langsam geklärt sein. Der 1. Januar 2012 wird zeigen, ob die Spitäler die Einsichten und Empfehlungen der Studie umgesetzt haben.

MAUD HILAIRE SCHENKER

<sup>1</sup> Stefan Stefaniak, Marie-Luce Margaine-Berthon, Michael Chaille, SwissDRG: diagnostic à 500 jours du choc, Newton Associates, August 2010. Die Studie ist unter <http://www.newtone-associates.com/> in französischer Sprache verfügbar.

<sup>2</sup> Siehe Definition auf Seite 10.

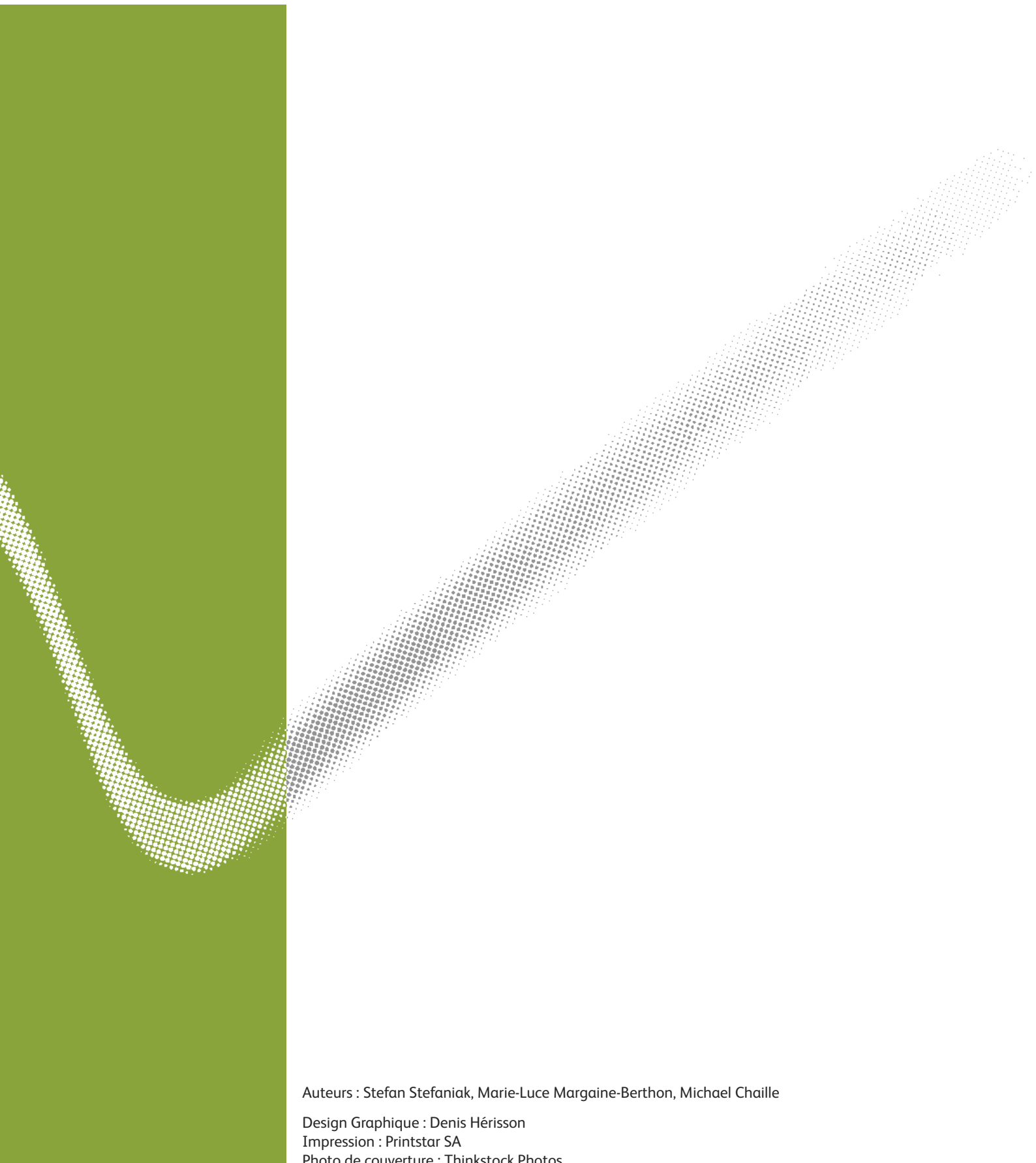
### BEFRAGTE EINRICHTUNGEN

ANZAHL BETTEN	ANZAHL BEFRAGTE EINRICHTUNGEN
0 – 50	2
50 – 100	2
100 – 250	4
250 – 500	4
> 500	2

Quelle : Newton Associates



## SWISSDRG : DIAGNOSTIC À 500 JOURS DU CHOC



Auteurs : Stefan Stefaniak, Marie-Luce Margaine-Berthon, Michael Chaille  
Design Graphique : Denis Hérisson  
Impression : Printstar SA  
Photo de couverture : Thinkstock Photos

# SOMMAIRE

- 1// Préface
- 2// Introduction
- 3// Historique des DRG
- 4// Complexité des SwissDRG
- 5// Horizon 2012 et au-delà
- 6// Niveau de préparation des établissements hospitaliers
- 7// Gérer les risques par la mise en place de best practices
- 8// Conclusion

# 1 // PRÉFACE

Que l'on suive l'augmentation de sa facture d'assurance maladie année après année ou que l'on entende l'avis des experts, les espoirs de voir endiguer la marée montante des coûts de la santé semblent minces. Ce sujet est pourtant l'une des grandes préoccupations de nos organes politiques dont la volonté est relayée par les partenaires du système de santé en Suisse. Normes, règles, organisations et méthodes de financement évoluent sous l'impulsion du constat toujours renouvelé que cela ne peut pas continuer ainsi. Alors pourquoi les résultats ne sont-ils pas plus probants ? Est-ce que les mesures mises en place attaquent toutes les sources de cette dynamique inflationniste ?

Le financement par DRG (Diagnosis Related Groups) fait partie des mesures visant à standardiser et contenir les coûts. Notre étude s'inscrit dans une démarche de terrain, donnant la parole aux établissements hospitaliers sur un thème clair : le niveau de leur préparation face à la mise en place de ce nouveau mode de financement. Ancrées dans la pratique, les observations et les pistes proposées représentent des outils que nous espérons utiles aux personnes en charge de cette transformation.

Mais avant d'entrer dans ces considérations d'experts, nous aimerions émettre une hypothèse du point de vue d'un client de ce système. En simplifiant, le patient peut être placé à l'origine des coûts. La conception qu'il a de son mal dépasse la réalité objective de sa pathologie car elle s'appuie sur la peur, interprétation émotionnelle difficilement contrôlable. La douleur, réelle ou anticipée, ainsi que l'idée de disparaître poussent le malade à prendre toutes les options, si peu rationnelles soient-elles, pour apaiser son mal être. Les dernières méthodes de soins, les examens complémentaires et multiples ou encore les technologies les plus avancées représentent l'arsenal, dans lequel il va puiser, même si l'apport réel de ceux-ci ne justifie pas la différence de charges financières. « Docteur, faites tout ce qui est possible, peu importe ce qu'il m'en coûtera, surtout que c'est mon assurance qui paie (à court terme en tout cas) ».

Ce raisonnement basique comporte de nombreuses failles mais il souligne un constat simple: les sources de l'augmentation des coûts de la santé ne sont probablement pas que structurelles. En complément aux solutions techniques et organisationnelles, l'éventail des mesures de contrôle devrait peut-être inclure un accompagnement de l'homme dans l'apprivoisement de ses peurs, d'une forme d'acceptation de la maladie et peut-être même de la mort. ■



## 2// INTRODUCTION

La Suisse est à la veille d'un changement majeur du mode de financement des prestations hospitalières passant d'une valorisation des soins par journée à un calcul basé sur le diagnostic. Cette modification a pour objectif la mise en place d'un système plus efficient et fournissant des incitatifs au contrôle des coûts. La société « SwissDRG » – administrée par les hôpitaux (au travers de H+), les assureurs et les cantons – confirme la bascule au 1er janvier 2012. Dès cette date, les partenaires tarifaires seront contraints d'adopter ce nouveau système qui est une adaptation de la version allemande « G-DRG ».

Par l'introduction des DRG (Diagnosis Related Groups), « SwissDRG » a identifié les bénéfices suivants :

- Viabilité économique à long terme du système de santé;
- Augmentation de la qualité des prestations par une optimisation des processus de traitement et par une concurrence entre les fournisseurs de prestations;
- Encouragement aux optimisations financières et opérationnelles;
- Transparence et comparabilité des coûts des prestations médicales entre hôpitaux;
- Alignement entre les prestations et les rémunérations;
- En corolaire à la recherche d'efficacité opérationnelle, renforcement de la collaboration entre les différentes disciplines médicales et institutions;
- Simplification de la planification hospitalière supracantonale;
- Standardisation des pratiques médicales.

Toutefois, l'expérience allemande du déploiement des DRG a montré que de nombreux établissements hospitaliers, privés comme publics, ont subi d'importantes pertes financières lors des premières années d'application. L'analyse des projets de réduction des coûts d'exploitation (« cost-cutting ») d'une dizaine d'établissements, permet de constater qu'une majorité de ces derniers, mal préparés, s'étaient faits surprendre par l'ampleur du changement. A contrario, ceux ayant anticipé l'introduction du nouveau système ont, quant à eux, pu en éviter les impacts négatifs et ont même su bénéficier de ce changement.

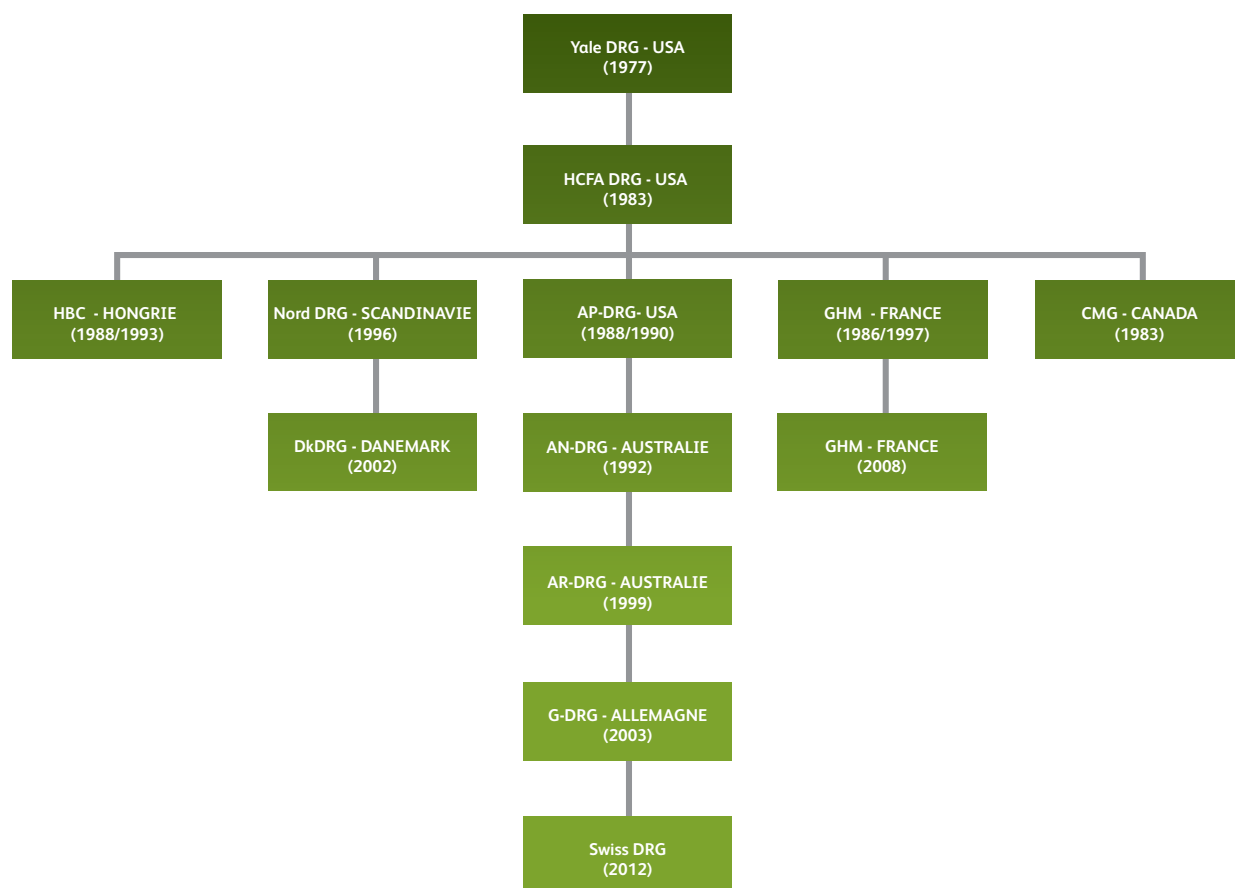
Est-ce que les établissements suisses bénéficient réellement de l'expérience acquise en Allemagne? Ont-ils inclus dans leurs réflexions les corrections et adjonctions successives faites aux G-DRG? Disposent-ils des outils mis en place par les établissements pionniers de ce système? Fondamentalement, est-ce que les hôpitaux publics, parapublics et privés sont prêts, 500 jours avant l'introduction des SwissDRG, à faire face à ce changement?

Le grand nombre d'études théoriques et techniques disponibles aujourd'hui ne traitent pas directement de ces questions. Pour cette raison, il nous est apparu important de collecter les informations nécessaires au travers d'une recherche sur le terrain. Nous avons donc rencontré les directions de 15 établissements suisse-romands, plusieurs médecins ainsi que d'autres acteurs du domaine de la santé. Alors que certains responsables se demandent encore si les DRG s'appliqueront réellement à leur cas, les réponses à ces questions apparaissent comme fragiles. Le nombre d'établissements ayant réellement débuté leur préparation est faible et les retardataires sont souvent ceux qui n'ont, à ce jour, encore aucun projet planifié.

En combinant notre vision pragmatique des leçons allemandes aux expériences tirées de l'application des AP-DRG en Suisse, cette étude vise à partager quelques clés destinées à rendre la transition entre modes de financement, sinon simple, au moins surmontable. ■

# 3// HISTORIQUE DES DRG

## L'évolution du système DRG



Source: Die DRG Familie (Wolfram Fisher) – Modèle adapté par Newton Associates SA



Développés aux Etats-Unis dans les années 80, les DRG (« Diagnosis Related Groups ») avaient pour but initial d'établir un système de classification des patients par groupes de maladies homogènes. Cette analyse statistique permet dès lors de rendre les coûts de traitements comparables entre les établissements de soins pour chacun des diagnostics.

Au cours des trente dernières années, les DRG ont été adaptés au fur et à mesure de leur introduction dans les différents pays, chaque version étant une évolution d'une méthode antérieure.

Dès 2002, la facturation basée sur le diagnostic selon une version adaptée du système canadien appelé AP-DRG (« All Patient Diagnosis Related Groups ») commence à être appliquée en Suisse par certains hôpitaux avant-gardistes.

Aujourd'hui, une cinquantaine d'hôpitaux, majoritairement en Suisse Romande, utilise ce système de facturation pour des cas soumis à la LAMal et 160 hôpitaux l'utilisent pour des cas relatifs à l'assurance accident. En revanche, encore 150 hôpitaux ainsi que la plupart des cliniques n'ont encore aucune expérience de l'approche DRG.

Conscient des avantages d'un nouveau système tarifaire basé sur le diagnostic, le conseil fédéral décide en 2007 la mise en place du concept, cette fois-ci basé sur la version allemande des DRG : les G-DRG. La rémunération des prestations hospitalières de soins somatiques aigus suisses, SwissDRG, sera introduite le 01.01.2012.

En principe, la méthode peut paraître simple. SwissDRG SA présente le fonctionnement de la manière suivante : le critère principal pour la classification d'un patient dans un groupe de pathologie est le diagnostic principal. Les autres caractéristiques de classification sont les diagnostics supplémentaires, les procédures, l'âge, le type de sortie de l'hôpital, le degré de sévérité, chez les nouveau-nés le poids à la naissance et d'autres facteurs. La classification d'une hospitalisation dans un DRG est effectuée par un logiciel de regroupement (grouper). Le montant de chaque forfait par cas SwissDRG est calculé sur la base des coûts effectifs des hôpitaux suisses.

L'application est cependant complexe. Afin d'atteindre le niveau de finesse nécessaire pour représenter correctement la réalité et permettre une transition progressive, les SwissDRG tiennent compte de différents facteurs complémentaires. ■

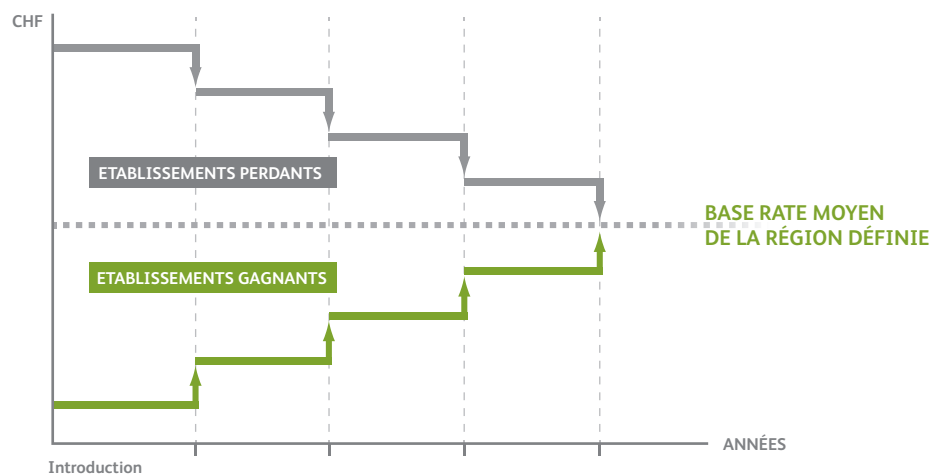
Nomenclature utilisée :

« Le DRG » : fait référence au code d'un forfait par cas spécifique.

« Les DRG » : fait référence au système de tarification par forfaits.

# 4// COMPLEXITÉ DES SWISSDRG

## Phase de convergence



### Remarque

Le modèle est dynamique car le base rate moyen reste une cible mouvante. Il est recalculé annuellement.

Source: Newton Associates

**B**ien que l'essence même du concept DRG soit simple, plusieurs éléments additionnels du système doivent être gérés pour permettre son introduction.

La définition du forfait par cas ne se base pas uniquement sur le diagnostic principal mais doit aussi tenir compte des co-morbidités, des procédures opératoires, des facteurs comme l'âge et le sexe ainsi que des règles de groupement et de calcul.

#### Ajustements

- En plus de son cost weight, chaque DRG est caractérisé par une durée de séjour théorique (intervalle). Les cas hors limites (« outliers ») bénéficient d'un facteur d'ajustement ;
- Certains traitements exceptionnels, tels que des implants spécifiques, donnent droit à une restitution additionnelle (en allemand : « Zusatzentgelte »).

#### Négociation du base rate

- Pour tenir compte des spécificités régionales ou structurelles, la valeur du « base rate » doit être négociée entre les partenaires tarifaires – Hôpitaux, Cantons et Assurances ;
- L'enveloppe budgétaire globale utilisée dans la définition du base rate doit tenir compte, d'une façon ou d'une autre, des amortissements, de la formation ainsi que de la recherche ;
- Pour permettre une transition progressive entre les coûts moyens du panel et la réalité de chaque établissement (diminution de l'impact financier), une phase de convergence doit être planifiée.

#### Système de facturation

- En raison des changements structurels du système, la répartition des frais entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire doit être revue ;
- Différents aspects de la planification hospitalière cantonale doivent encore être clarifiés, notamment le subventionnement des établissements privés ;
- La répartition du financement entre Cantons et Assurances doit être confirmée en tenant compte de l'ensemble des facteurs de changement ;
- Les règles de facturation concernant les transferts entre établissements et les ré-hospitalisations doivent être établies ;
- Dans le cadre d'hospitalisation en clinique privée, l'introduction du forfait par cas demandera la création d'une facture unique, censée couvrir la totalité des prestations. Logiquement, celle-ci sera établie par la clinique qui, sur la base d'une négociation, en rétrocèdera une partie aux médecins.

#### Evolution du système

- Pour tenir compte de l'évolution des techniques de traitement et améliorer le système SwissDRG, le catalogue évoluera chaque année ;
- L'introduction probable de critères d'éligibilité au remboursement d'un DRG spécifique (p.ex. nombre minimal de cas) doit être anticipée.

Certains des points mentionnés ci-dessus dépendent de négociations entre partenaires tarifaires et sont aujourd'hui encore sans réponse définitive. Chaque établissement doit toutefois en comprendre les principes, afin de définir une ligne directrice et anticiper ainsi les impacts de l'introduction des SwissDRG. ■

## 5// HORIZON 2012 ET AU-DELÀ

**L**e manque de visibilité des impacts provoqués par l'introduction des DRG favorise une confiance exagérée de certains établissements dans leur capacité naturelle à les affronter.

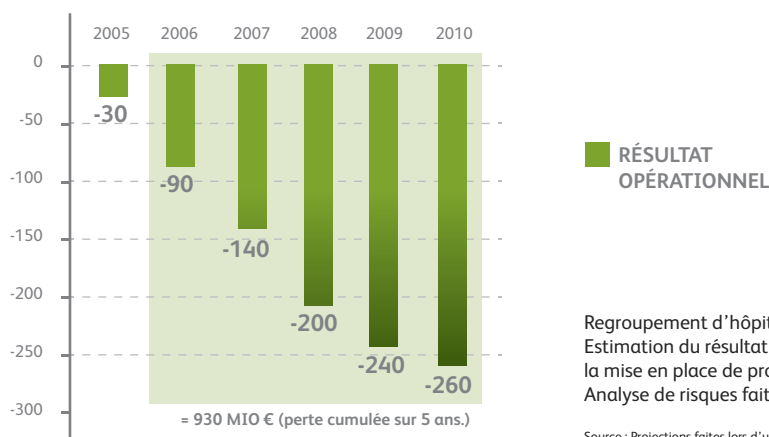
La considération des objectifs politiques liés à l'introduction des DRG ainsi que la réalité des faits observés dans d'autres pays n'autorisent pas cette sérénité.

De façon simpliste, le nouveau mode de financement vise à ralentir l'augmentation des coûts de la santé. En conséquence, l'ensemble des outils disponibles seront utilisés, tôt ou tard, afin de contrôler les dépenses et par conséquent augmenter la pression sur les budgets hospitaliers.

Aucune des expériences vécues par une douzaine de pays lors de l'introduction des DRG ne permet de soutenir l'hypothèse de la neutralité. Des bouleversements importants, parfois même violents, ont toujours suivi le changement de système.

La recherche d'un bénéfice général, lié au financement hospitalier du pays, dans son ensemble, introduit de nombreux risques microéconomiques pour les établissements pris individuellement.

### Evolution du résultat opérationnel suite à l'introduction des DRG



Regroupement d'hôpitaux publics en Allemagne.  
Estimation du résultat hors subvention et recherche et sans la mise en place de projet liés aux DRG.  
Analyse de risques faite deux ans après l'introduction.

Source : Projections faites lors d'un projet en Allemagne

Parmi les multiples impacts, on observe les domaines suivants :

## I. Impacts sur les résultats financiers

Les établissements pourraient perdre une partie importante de leur revenu.

Une éventuelle phase de convergence, actuellement en discussion, aurait pour but de faire converger la valeur du point d'un établissement vers une valeur moyenne régionale par exemple. Celle-ci pourrait être bien plus basse que la valeur dont l'établissement aurait besoin pour que son résultat financier soit positif ou pour maintenir l'enveloppe budgétaire actuelle.

Les graphiques montrent l'évolution du résultat financier de deux groupes d'hôpitaux publics en Allemagne. L'abandon de l'enveloppe budgétaire constante et la diminution de la valeur du point ont eu un impact très fort sur leurs résultats – et ceci malgré une adaptation contrôlée et ralentie par une phase de convergence.

## II. Impact sur le personnel infirmier

Il a été statistiquement observé en Allemagne que certaines mesures d'optimisation financière ont sévèrement touché le personnel infirmier (25'000 licenciements). Entre autres causes :

- La diminution des charges salariales dictée par la réduction de l'enveloppe budgétaire – « on gagne moins donc on doit licencier ». Cela touche principalement les infirmiers(ières) qui, contrairement aux médecins, sont souvent considéré(e)s comme un centre de coûts.
- La réduction du personnel infirmier entraînée par une diminution du nombre de nuitées – « il y a moins de travail rémunérateur donc on doit licencier ». Cet élément peut être interprété comme une conséquence de la réduction de la durée de séjour, phénomène recherché par la direction des établissements pour réduire les coûts, sans compensation par une augmentation du volume de cas.
- La surcorrection est souvent induite par des mesures prises dans l'urgence. L'expérience montre qu'une part conséquente du personnel licencié a dû être réengagée, dans les deux ans suivant son départ. Il en résulte des coûts supplémentaires (p.ex. plans collectifs ou frais d'engagement) ainsi qu'une douleur sociale accrue.

## Résultats financiers avant et après l'introduction des DRG

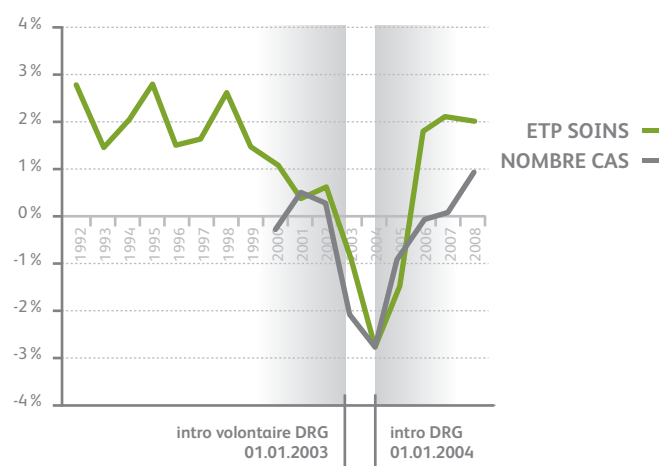
Variation 2003 - 2005 (EBIT)

1	-50%
2	-100%
3	-62%
4	-50%
5	+33%

Hôpitaux universitaires d'une région géographique en Allemagne

Source : Observations faites lors de nos projets

## Evolution du personnel infirmier



Source : Statistisches Bundesamt (Destatis), Grunddaten der Krankenhäuser



### III. Impact sur les médecins agréés

Partie centrale du système de la santé, les médecins indépendants seront fortement touchés à moyen terme sur leurs revenus et sur la relation qu'ils entretiennent aujourd'hui avec leur patient.

■ **Rémunération** : la construction des DRG présuppose une couverture de l'ensemble des charges financières y compris les coûts liés aux prestations de l'opérateur, de l'assistant et de l'anesthésiste. De ce fait, les médecins indépendants ne factureront plus leurs services aux assurances mais aux cliniques. Cette modification de fonctionnement alliée à la répartition d'une enveloppe prédéfinie introduira un changement majeur des structures de rémunération.

L'équilibrage de la baisse des revenus entre cliniques et médecins interviendra toutefois de façon progressive pour deux raisons principales :

- Dépendantes des prestations des médecins agréés, les cliniques sont en position de faiblesse dans les négociations et devront absorber une partie importante de la baisse à court terme. Dans un deuxième temps, la survie financière des cliniques est nécessaire à la pratique des médecins indépendants qui seront forcés de participer à la baisse des revenus.
- Fortement bénéficiaires, les assurances complémentaires viseront un statu quo lors des négociations entre partenaires tarifaires. Ceci ralentira le processus de changement pour tous les participants y compris les médecins.

■ **Evolution du statut d'indépendant** : comme décrit dans les chapitres suivants, l'intégration du médecin dans les processus de gestion des établissements hospitaliers est l'une des clés de l'utilisation réussie des DRG. La mise à disposition par le médecin des informations nécessaires à la facturation pourra même dans le cas des cliniques privées, donner lieu à la création d'incitations financières. Combiné au changement du mode de rémunération (honoraires payés par la clinique) ainsi qu'aux incitations financières mises en place, ce renforcement de lien encouragera une relation plus fixe et exclusive, pouvant mener, à plus long terme, à la disparition des cabinets privés des opérateurs. ■

# 6// NIVEAU DE PRÉPARATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Dans le cadre de l'étude, 14 établissements hospitaliers (25 personnes) ont été rencontrés. Parmi eux figurent deux hôpitaux universitaires, des hôpitaux régionaux, plusieurs cliniques privées ainsi que des médecins salariés ou spécialistes indépendants agréés.

## Cartographie des cantons considérés



Pour des raisons de proximité et de cohérence, seuls les cantons romands sont inclus dans l'échantillon statistique. Toutefois, les commentaires généraux des autres chapitres de l'étude tiennent aussi compte d'informations collectées en Suisse alémanique.

Les entretiens conduits montrent que la notion de préparation à l'introduction des SwissDRG diverge considérablement selon les établissements. Alors que certains introduisent des points de réflexion à tous les niveaux de la structure, d'autres gardent une vue relativement limitée, réduisant celle-ci à l'achat du « Grouper » (logiciel de détermination du DRG).

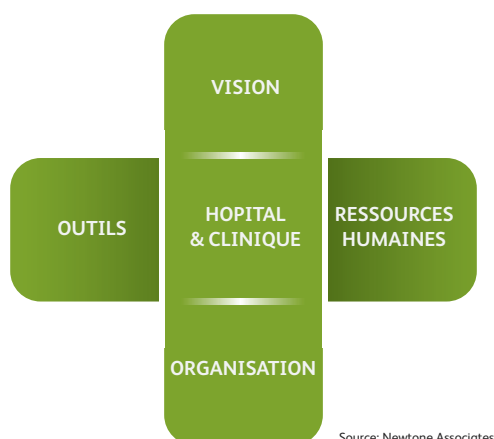
La préparation des établissements hospitaliers au nouveau système doit effectivement prendre en compte différents aspects. En effet, les DRG ayant un impact sur l'ensemble de la structure, chacun des pans constitutifs de celle-ci nécessite une analyse. Pour permettre de conduire cette analyse de façon structurée, un cadre a été choisi parmi différentes options.

## Etablissements interviewés

Nombre de lits	Nombre d'établissements interviewés
0-50	2
50-100	2
100-250	4
250-500	4
>500	2

Répartition des établissements en fonction du nombre de lits

## Le cycle stratégique des établissements hospitaliers



Ce cadre s'appuie sur 4 axes, eux-mêmes subdivisés en 5 sections

**La vision** définit les objectifs principaux de l'entreprise. Ils sont décrits au travers de différents documents tels que la mission de l'établissement, son plan directeur ainsi que différentes simulations financières. L'ensemble fixe le cap décidé par la direction.

Sections considérées :

1. Degré d'intégration des DRG dans le plan stratégique ;
2. Profondeur de l'expérience de l'établissement dans l'utilisation des DRG (application des AP-DRG) ;
3. Niveau d'implication dans le développement des SwissDRG ;
4. Qualité de l'identification des projets liés à l'introduction des DRG ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

**Les ressources humaines**, c'est à dire la totalité du personnel, doit connaître, comprendre et suivre ce cap. Les collaborateurs doivent être impliqués, incités et formés de façon à adhérer aux démarches retenues.

Sections considérées :

1. Existence/niveau de formation des codificateurs(trices) ;
2. Degré d'implication du corps médical et du personnel infirmier dans la gestion des budgets ;
3. Niveau d'expérience dans la gestion du changement ;
4. Qualité/fréquence des relations entre le corps médical, le personnel infirmier et le personnel administratif ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

**L'organisation** doit être en adéquation avec les objectifs fixés dans la vision et doit considérer les contraintes liées aux ressources humaines ou matérielles.

Sections considérées :

1. Existence/niveau d'utilisation d'itinéraires cliniques ;
2. Disponibilité et degré de détail des informations financières (p.ex. par service) ;
3. Niveau de présence du personnel administratif par service ;
4. Profondeur de l'expérience dans la conduite de projets de transformation ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

**Les outils** doivent correspondre aux besoins et doivent être correctement mis à la disposition du personnel pour offrir le service prévu.

Sections considérées :

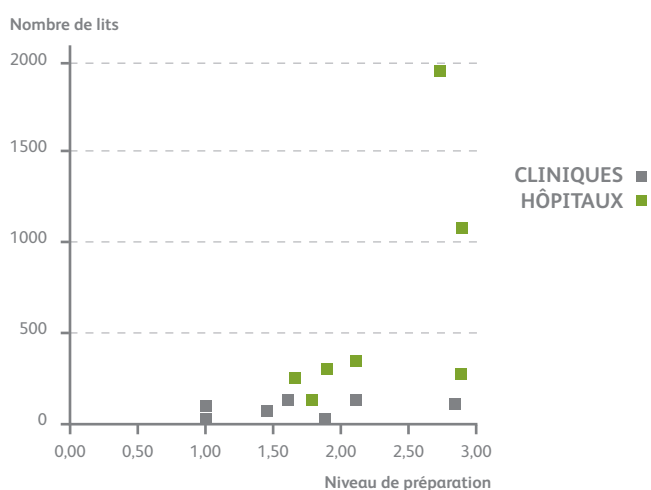
1. Degré d'utilité des outils de comptabilité analytique (compétences disponibles et base de données adaptée) ;
2. Existence/niveau d'utilisation du Grouper ;
3. Existence de dossiers patients informatisés (DPI) ;
4. Niveau de maturité de l'organisation dans l'utilisation des outils informatiques (RIS / PACS) ;
5. Appréciation générale tirée des entretiens.

Au travers des entretiens menés avec les participants à l'étude, chacune des vingt sections est notée sur une échelle de 1 (faible) à 3 (élevé); une fois les réponses qualitatives traduites en appréciations quantitatives, une moyenne par type d'établissement a été faite. En cas d'absence d'information, la section est exclue et n'a donc pas d'impact sur le résultat global.

### Les résultats

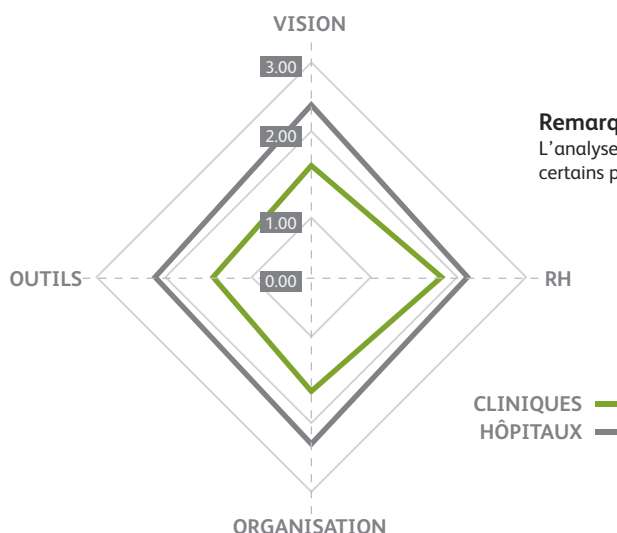
Une lecture initiale des résultats permet d'identifier deux populations. La première est majoritairement représentée par les hôpitaux. Leur habitude des AP-DRG ainsi que la participation des médecins à certains processus de gestion leur permettent d'atteindre un niveau de préparation intéressant. La seconde population, principalement composée des cliniques, apparaît comme nettement en dessous de la moyenne. Ceci s'explique par un manque d'expérience des DRG ainsi qu'une intégration moins forte du corps médical dans la structure administrative et organisationnelle.

## Niveau de préparation des établissements





## Comparatif des niveaux de préparation



### Remarque

L'analyse graphique des quatre axes met en lumière certains points spécifiques pour chaque population.

### Hôpitaux

- 2.4 ■ **La vision:** il apparaît que les DRG sont inclus dans les réflexions de la direction. Toutefois, ceci est abordé de façon réactive et protectionniste. Un pas supplémentaire permettrait d'identifier les stratégies, non seulement pour la mise en place des SwissDRG, mais aussi pour anticiper d'avantage les impacts, identifier les opportunités offertes et développer une stratégie proactive.
- 2.2 ■ **Les ressources humaines:** bien que les hôpitaux puissent exercer - par leur statut d'employeur - un certain contrôle sur le corps médical et le personnel infirmier, une implication plus forte des médecins dans la gestion de l'établissement est nécessaire. Une collaboration étendue entre personnel administratif, médical et infirmier doit permettre aux deux parties de mieux comprendre leurs contraintes et objectifs respectifs ainsi que les impacts des actions de l'un sur les résultats de l'autre.
- 2.3 ■ **L'organisation:** une certaine culture de projet et de gestion du changement existe auprès des hôpitaux. Toutefois, sous prétexte de ne pouvoir restreindre la liberté d'action du médecin, les projets structurels conduits ont rarement visé une optimisation des résultats financiers.
- 2.2 ■ **Les outils:** l'existence de la plupart des données en format électronique ouvre la porte à la mise en place du dossier électronique du patient. De plus, une comptabilité analytique permet l'interprétation des aspects financiers. L'étape suivante pourrait être d'ajouter d'avantage d'interprétation des chiffres ainsi que leur mise à disposition des différents services afin d'orienter leur décision de gestion.

### Cliniques

- 1.7 ■ **La vision:** bien que les cliniques conçoivent clairement leurs domaines de compétences et, de ce fait, leur positionnement sur le marché des soins, peu d'établissements semblent disposer d'une véritable vision stratégique tenant compte de l'introduction des DRG. La faible pression ressentie jusqu'ici au niveau des coûts n'a pas créé le besoin de développer un axe d'évolution de la structure.
- 1.8 ■ **Les ressources humaines:** les médecins ont disposé d'une forte indépendance tant au niveau de la facturation que des options de traitement retenues. La nécessité de s'inscrire dans une enveloppe financière commune va requérir davantage de complicité entre l'établissement et les corps médicaux et infirmiers, situation encore très limitée aujourd'hui.
- 1.7 ■ **L'organisation:** le niveau de service élevé proposé par les établissements privés s'appuie aujourd'hui sur des processus flexibles et fortement adaptés aux patients et aux médecins. Une tension entre cette diversité de fonctionnement et la rigueur introduite par les DRG devra être gérée. L'application de procédures administratives nécessaires à la facturation par tarifs forfaitaires sera incontournable.
- 1.5 ■ **Les outils:** la combinaison des outils utilisés par les cliniques, les médecins ainsi que les services externes, contient l'ensemble des données utiles au calcul des DRG. Ces outils sont toutefois peu intégrés entre eux, créant des ruptures dans la chaîne d'information et limitant l'efficience du traitement administratif. ■

# 7// GÉRER LES RISQUES

## PAR LA MISE EN PLACE DE BEST PRACTICES

Les entretiens menés dans le cadre de cette étude ont permis la création d'un catalogue de mesures lancées par différents établissements pour préparer l'arrivée des SwissDRG. Pour des raisons de confidentialité, aucun rapprochement ne sera fait entre ces solutions et l'établissement concerné. De plus, ces initiatives sont présentées de manière résumée. Le détail peut être discuté avec les établissements intéressés.

### La vision (à l'exemple des actions managériales)

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
La mise à disposition tardive du catalogue DRG final demandera d'agir vite.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Certains établissements ont acheté, installé et utilisé le Grouper plusieurs mois avant l'introduction des DRG.</li> <li>■ Avoir engagé les codificatrices trois ans à l'avance.</li> </ul>
Considérant que les premiers changements annuels du catalogue G-DRG ont induit une diminution du financement d'env. 4 %, le passage des AP-DRG aux SwissDRG ne sera probablement pas marginal.	Simulation de l'impact financier sur le résultat de l'établissement. Calcul du base rate théorique et l'impact potentiel de différents base rates sur le résultat financier (Clinique, 100 à 200 lits).
Optimiser la gestion de l'établissement dans sa configuration actuelle ne suffit parfois pas à gérer les impacts des DRG. Une remise en question des différents services est nécessaire pour s'appuyer sur les plus rentables.	Plusieurs hôpitaux universitaires allemands ont choisi de se spécialiser dans le traitement de certains cas. Malgré leur obligation d'accepter tout patient, indépendamment du diagnostic, ces établissements ont réussi à bénéficier du système DRG et augmenter, non seulement leur résultat financier mais aussi la qualité du traitement. Le centre hospitalier universitaire de Hambourg (« UKE ») est un excellent exemple.

### Remarques de Newton Associates

Fixer les orientations stratégiques d'un établissement demande de considérer différents aspects comme la mission de l'établissement, l'analyse de l'environnement ou les simulations financières. L'ensemble de ces aspects est interdépendant et tous nécessitent différentes données. La remontée de ces informations est donc critique.

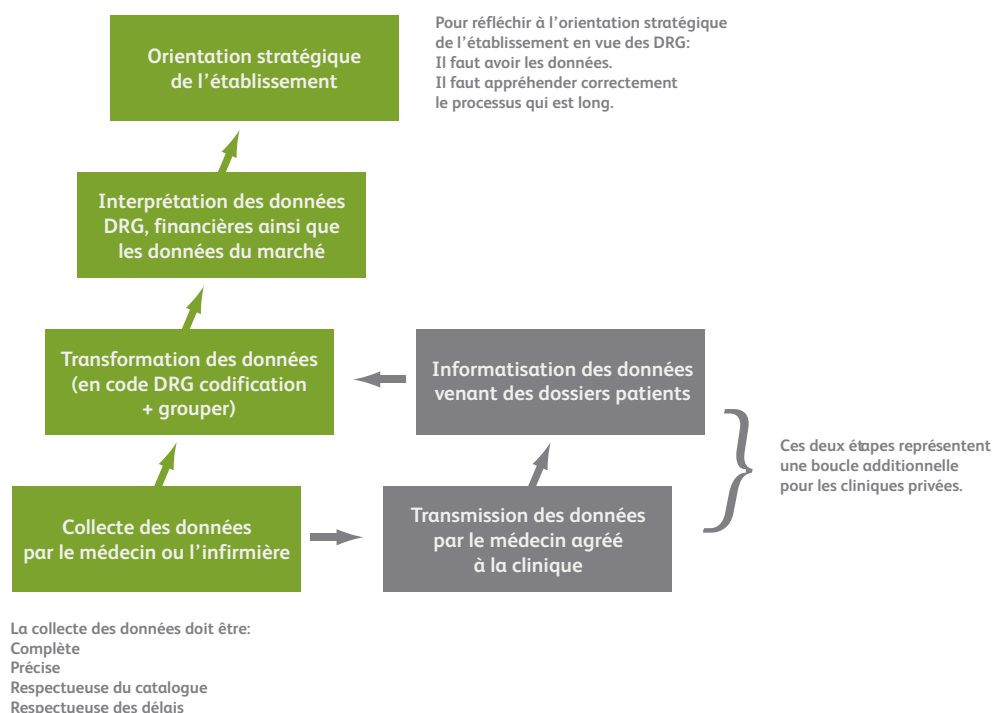
La collecte des données dépend étroitement des médecins, et dans le cas des cliniques, ceux-ci doivent donc être rapidement sensibilisés aux besoins de l'utilisation des DRG. Ils devront également participer à la mise en place des procédures de communication des données nécessaires. ■

La fixation du base rate aura des impacts financiers qu'il faut connaître pour aborder efficacement les négociations entre partenaires tarifaires. En l'absence d'informations concrètes, il est de la responsabilité de la direction d'utiliser des scénarii et de développer la stratégie adéquate. Forts des directions fixées par cette stratégie, les établissements pourraient être en mesure d'influencer la sphère politique notamment en ce qui concerne la détermination des taux.

#### En résumé, dans son effort de gestion, la direction nécessite :

- Une information, sensibilisation et formation des médecins et du personnel infirmier ;
- Une documentation médicale établie ;
- Des données réalistes ;
- Des codificateurs expérimentés et formés ;
- Un logiciel performant (éventuellement avec une aide à la codification).

## L'importance des données médicales



## Les ressources humaines (à l'exemple de la collaboration entre l'administration, le corps médical et le personnel infirmier)

La communication entre ces deux acteurs est parfois délicate de par leur divergence de point de vue. Cependant, il est fondamental que chacun connaisse le métier de l'autre. Cette entente est la clé d'une gestion saine et adaptée de l'établissement.

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
Avec des objectifs et une culture fondamentalement différents, le personnel administratif, le corps médical et le personnel infirmier ont historiquement des difficultés à se comprendre. Perpétuer ces problèmes de communication empêcherait la mise en place et l'utilisation efficace des DRG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mise en place de réunions semestrielles de partage des objectifs budgétaires.</li> <li>■ Implication des médecins dans le suivi des chiffres (accès au système comptable type SAP).</li> <li>■ Réunion mensuelle entre chefs de services et responsable administratif.</li> <li>■ Présence d'un contrôleur de gestion dans les services, facilitant le mélange des cultures.</li> <li>■ Utilisation des cas concrets rencontrés par les médecins dans l'explication des impacts DRG.</li> </ul>
Considérant leur charge de travail déjà très élevée, les médecins ne s'investiront pas dans la mise en place des DRG sans une visibilité claire des objectifs et des bénéfices attendus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mise en place d'objectifs financiers par département. Ceci s'accompagne d'une responsabilisation des écarts négatifs comme positifs (p.ex. capacité de décision du médecin-chef sur le nombre de postes médicaux adapté à la conduite du service).</li> </ul>
<p>Identifier les changements organisationnels requis demande la collaboration entre l'ensemble des acteurs de l'établissement, médecins y compris. Ceux-ci participeront à:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La documentation (set complet correspondant au catalogue, documents doivent être mis en ligne sur le dataware house).</li> <li>■ L'alignement des méthodes de gestion des patients (comparaison entre médecins internes ou externes).</li> <li>■ L'identification de synergies entre les différents services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Organisation de séminaires annuels visant à former les médecins sur les changements du catalogue DRG et les impacts de ces modifications.</li> <li>■ Planification de séances afin d'identifier les adaptations de pratiques requises par les changements annuels du catalogue (p.ex. cas ambulatoires vers stationnaires).</li> <li>■ Apport de la vision administrative lors de l'établissement du planning des opérations. L'objectif est de sensibiliser les médecins à l'impact financier des différences entre les « case mix points » réalisés et budgétés.</li> </ul>

### Remarques de Newton Associates

La scission entre certains départements d'une entreprise n'est pas un phénomène nouveau. Elle résulte, la plupart du temps, d'une divergence importante entre les populations qui composent ces groupes, tant au niveau de leurs cultures que de leurs occupations professionnelles. L'une des mesures simples est l'organisation d'activités en commun (team building events) pour faciliter l'abandon des a priori entretenus par les parties.

Une communication améliorée et la transparence apportée par les DRG ne suffiront pas à l'implication des médecins. La définition d'objectifs clairs et compris, ainsi que des incitations liées à ceux-ci, seront requises. La responsabilisation des médecins face à ces éléments représente un facteur clé de succès. Dans tous les cas, les moments actuellement partagés par le corps médical, le personnel infirmier et l'administration devront très fortement augmenter.

De par leur vocation, les DRG provoqueront une intrusion importante dans le fonctionnement actuel des médecins. Sans le nier, les gestionnaires devront considérer les objectifs médicaux à leur juste mesure et débattre ouvertement des alternatives éventuelles. L'expérience acquise en Allemagne montre que cette conciliation est possible tant au niveau de la qualité des soins que de la stabilité financière. ■



## L'organisation (à l'exemple de la gestion de la durée du séjour)

La gestion de la durée du séjour sera l'un des changements évidents de l'introduction des DRG. Le modèle actuel de facturation se base sur les jours d'hospitalisation, alors que les DRG n'en tiennent pas compte (dans certaines limites). Une mauvaise gestion des séjours peut coûter cher. Il s'agit donc de faire entrer et sortir le patient au meilleur moment (p.ex. à l'aide d'itinéraires cliniques ou d'un « case management »).

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
Le manque d'information quant à la durée théorique du séjour ne permet pas au personnel médical et infirmier de prononcer la sortie en pleine conscience des impacts financiers.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mise en place d'un suivi quotidien et centralisé des arrivées et des sorties prévues.</li> <li>■ Prise en compte de la durée anticipée par l'assurance dans la définition d'une date de sortie prévisionnelle.</li> <li>■ Avertissement des médecins par fax 48 heures avant la sortie prévue.</li> </ul>
Une gestion administrative encore peu standardisée et coordonnée ne permet pas l'organisation optimale des sorties et, de ce fait, le respect de la date prévue.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Transmission de l'information des durées de séjour à l'ensemble du personnel.</li> <li>■ Revue des « inliers/outliers » lors d'entretiens avec chaque médecin.</li> <li>■ Mise en place d'un pré-codage à l'arrivée du patient.</li> <li>■ Mise en place de projets de soins englobant l'ensemble des prestations, y compris ceux de l'infirmière de liaison.</li> <li>■ Développement de relations privilégiées avec les EMS (et d'autres établissements de lits B et C) dans le but de faciliter les transferts.</li> </ul>

### Remarques de Newton Associates

Le nombre théorique de nuitées prévu par les DRG peut changer selon les cas. Cette éventuelle différence, généralement faible, ne justifie toutefois pas le renoncement aux bénéfices procurés par l'anticipation de la date de départ du patient.

De plus, il est indispensable de rappeler régulièrement au médecin hospitalier en charge de cette date de sortie afin de prévoir les actes préalables à la sortie (p.ex. radiographie, examens laboratoire). Ceci permettra d'éviter les surprises et ainsi un report de sortie causé par une analyse manquante.

Enfin, la gestion centralisée et complète de chaque cas (case management) ainsi que la définition de l'itinéraire clinique adapté (clinical pathway) représentent des pistes de réflexion prometteuses dans la recherche de processus de soins financièrement efficaces. ■

## Les outils (à l'exemple de l'utilisation des moyens informatiques pour la codification des cas)

Cet exemple s'applique principalement aux cliniques plutôt qu'aux hôpitaux.

PROBLEMATIQUES RENCONTREES	BEST PRACTICES
<p>L'introduction des SwissDRG n'implique pas uniquement un nouveau type de facturation mais aussi une adaptation des procédures, afin que les actes médicaux soient documentés et exécutés de manière optimale. La migration des dossiers papiers vers une version électronique en fait partie.</p>	<p>La grande majorité des hôpitaux dispose d'un outil informatisé de gestion du dossier-patient qui est utilisé par l'ensemble des services garantissant que les données soient complètes et la facilité de communication.</p>
<p>La codification des actes est encore délicate pour les cliniques. Les informations médicales, nécessaires à la définition du forfait, sont peu accessibles car physiquement détenues par les médecins indépendants. De plus, le résultat de la codification dépendra du niveau de compétence disponible pour le faire.</p> <p>Disponibilité de bons logiciels en français.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Intégration des outils gérant les données du patient qui nourrissent le Grouper, lui-même doté de fonctionnalités d'aide à la décision.</li> <li>■ Recrutement de collaborateurs chargés de la codification des prestations 3 ans avant l'introduction.</li> <li>■ Utilisation des outils avant l'introduction des SwissDRG.</li> </ul>

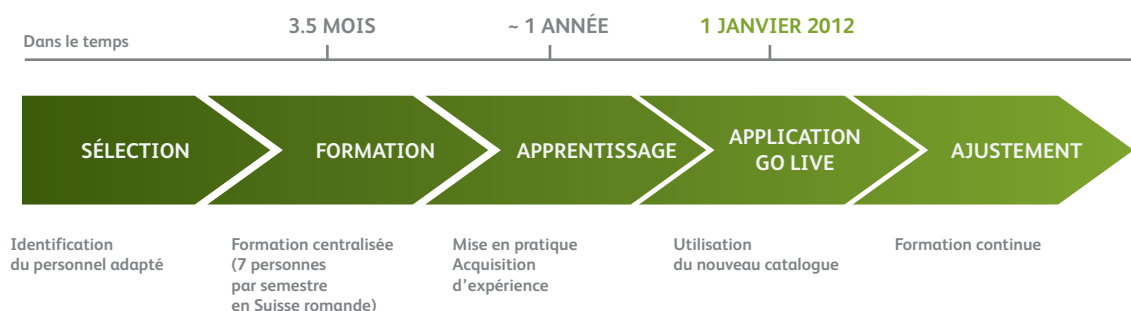
### Remarques de Newton Associates

Réduire la notion de DRG à l'introduction du Grouper est une tendance dangereuse parfois observée. N'importe quel outil n'aura de sens que si son utilisateur a été bien renseigné et qu'il est compétent. Clarifier les besoins en données avec les médecins et disposer de celles-ci dans le format adéquat sont des pré-requis à toute implémentation technique.

D'autre part, les logiciels de dernière génération ne sont aujourd'hui disponibles qu'en allemand. Les fournisseurs de logiciels contactés nous ont informés qu'en effet la priorité est donnée à la Suisse alémanique pour des raisons de simplicité et d'intérêts énoncés (peu de discussions commerciales menées avec les acteurs romands). Cela représente une difficulté additionnelle pour les établissements francophones.

Enfin, la formation des codificateurs et l'installation d'un « grouper » constituent des projets conséquents, bien que cela ne représente que l'une des étapes du processus global. ■

## La formation des codificateurs et codificatrices



## 8// CONCLUSION

Grâce à l'utilisation des AP-DRG, les hôpitaux publics et parapublics romands sont mieux préparés que les cliniques. Malgré l'observation d'une certaine maturité quant aux 4 axes d'analyses, la fracture entre ce système et les SwissDRG reste toutefois sous-estimée, introduisant un niveau de confiance dangereux. Déjà sensibilisé aux changements organisationnels, le corps médical des hôpitaux devra maintenant tolérer différents projets d'optimisation financière, égratignant la conscience qu'il a de sa liberté thérapeutique. Quant au personnel infirmier, clé dans la coordination des soins, il doit être vu comme une passerelle entre médecins et gestionnaires.

Les cliniques font face à un défi de taille. Leur organisation, leurs outils ainsi que la relation qu'elles entretiennent avec les médecins agréés sont aujourd'hui peu adaptés à l'introduction des DRG. Un portefeuille d'initiatives va devoir être lancé pour dépasser ces blocages et concernera aussi bien les aspects techniques que la communication et le partage d'information entre acteurs.

La situation des hôpitaux alémaniques, exclus de cette étude, semble correspondre à un mélange des deux groupes étudiés. Bien que leur organisation apporte quelques avantages face à celle des cliniques, le manque d'expérience des DRG réserve des surprises probablement amères. La plupart des commentaires, faits dans les chapitres précédents, peuvent être appliqués à leur cas.

Quel que soit l'établissement, le passage aux SwissDRG offre des opportunités à qui sait les voir et les concrétiser. Un système se basant sur la moyenne des prestations implique qu'il y aura toujours des acteurs perdants – présentant des coûts d'exploitation plus élevés que la moyenne – ainsi que des acteurs gagnants, plus efficaces que la moyenne. Il est de la responsabilité de chaque établissement de définir sa vision stratégique et de mettre en place les mesures impératives au succès.

Le temps disponible à la mise en œuvre des projets de préparation est très limité. Au 31 août 2010, il restera environ 500 jours, soit peu plus de 300 jours ouvrables. Les informations concrètes disponibles à ce jour restent limitées. Il est toutefois nécessaire d'établir certaines hypothèses et de tirer des leçons de l'expérience allemande, afin d'anticiper les changements majeurs. ■

### Remerciements

Nous souhaitons remercier l'ensemble des personnes qui a contribué à la création de cette étude. Plusieurs nous ont accordé leur temps au travers de discussions ouvertes et généreuses. Sans elles, ce document n'aurait pas pu être réalisé. ■

#### **Disclaimer**

Le présent document a été élaboré par Newton Associates SA et n'est pas le résultat d'une étude réalisée par des tiers. Ce document a un caractère purement informatif et ne constitue ni une offre de vente ou d'achat de conseils et services, ni un élément contractuel. Les informations reprises dans ce document proviennent de différentes sources. Newton Associates SA apporte le plus grand soin dans le choix des sources de données ainsi que dans la transmission de ces informations. L'information contenue dans ce document ne doit ni être considérée comme faisant autorité, ni être substituée par quiconque à l'exercice de son propre jugement, et est susceptible de modifications sans préavis. Newton Associates SA ne pourra être tenue responsable des conséquences pouvant résulter de l'utilisation de ces informations.

La reproduction ou représentation, intégrale ou partielle, des pages, des données et de toute autre élément constitutif de ce document, par quelque procédé ou support que ce soit, est interdite et constitue, sans autorisation de Newton Associates SA, une contrefaçon.





NEWTONE ASSOCIATES SA  
16 QUAI DU SEUJET  
CH-1201 GENÈVE  
[WWW.NEWTONE-ASSOCIATES.COM](http://WWW.NEWTONE-ASSOCIATES.COM)

Nicht der «gläserne Patient», sondern eine seriöse Rechnungskontrolle ist das Ziel


## Auch im DRG-System: Die Krankenversicherer wollen nicht mehr Daten als nötig

**Das DRG-System ist beschlossene Sache. Die Zeit der Tagespauschalen geht – zumindest für stationäre Spitalbehandlungen – dem Ende entgegen, und damit auch die Zeit der relativ einfachen Rechnungskontrollen. Um die Kontrollen effektiv und sachgemäss durchführen zu können, müssen die Krankenversicherer wissen, warum ein Patient ins Spital musste und wie er dort behandelt wurde. Das ruft Bedenken wegen des Datenschutzes hervor. Wir möchten unbegründete Ängste zerstreuen und beantworten die wichtigsten Fragen zu Datenschutz, DRG und Rechnungskontrolle.**

**Die Krankenversicherer verlangen mehr Transparenz, um Spitalrechnungen im DRG-System kontrollieren zu können. Steht das nicht im Widerspruch zum Arztgeheimnis und zum Datenschutz?**

Nein. Bereits heute muss der Leistungserbringer nach KVG eine detaillierte und verständliche Rechnung ausstellen, damit der Versicherer die Vergütung berechnen und die Wirtschaftlichkeit der Leistung überprüfen kann. Wenn patienten- und behandlungsbezogene Daten die Vergütung bestimmen, gehören sie ganz einfach zur Rechnungsstellung. Ein Widerspruch liegt also nicht vor. Selbstverständlich muss mit den erhaltenen Daten aber sorgfältig umgegangen werden.

**Droht nicht der «gläserne Patient»?**

Mit dem Schlagwort «gläserner Patient» werden in erster Linie Ängste geschürt und sachliche Diskussionen blockiert. Die Krankenversicherer verwenden die Patientendaten schon heute so, dass sie ausserhalb der Rechnungskontrolle niemand zu Gesicht bekommt. Das wird sich mit DRG nicht ändern. Es ist den Krankenversicherern bewusst, dass Diagnosen  besonders schützenswerte Daten sind und äusserst sorgfältig behandelt werden müssen.

**Konkret: Welche Angaben fordern die Krankenversicherer?**

Die Krankenversicherer benötigen jene Daten, die zur Einordnung der Spitalbehandlung ins DRG-System nötig sind. Darunter fallen zum Beispiel die während des Aufenthalts durchgeführten Behandlungen und die dazugehörigen Diagnosen. Die Krankenkassen müssen wissen, warum ein Patient ins Spital musste und wie er dort behandelt wurde. Weitergehende Angaben, wie etwa Erkrankungen, welche für die Behandlung nicht relevant waren, benötigen die Krankenversicherer nicht.

**Was geschieht, wenn die Krankenversicherer diese Informationen nicht erhalten?**

Wenn eine Rechnung nicht geprüft werden kann, kann sie im Grunde genommen auch nicht vergütet werden. Es verhält sich eigentlich wie im täglichen Leben: niemand wird eine Rechnung bezahlen, ohne die erbrachte Leistung zu kennen.

**Warum müssen die Versicherer überhaupt die Diagnose kennen, um die Rechnungen zu kontrollieren?**

Mit DRG («diagnosis related groups») haben alle Partner ein System gewählt, das – wie es der Name schon sagt – sehr stark auf Diagnosen basiert. Ohne sie läuft in diesem System nichts. Die Höhe der Rechnung richtet sich letztlich nach der Diagnose und der durchgeführten Behandlung.

BEAT KNUCHEL / MAUD HILAIRE SCHENKER

**Der «gläserne Patient» ist ein Schlagwort, das sachliche Diskussionen verhindert.**

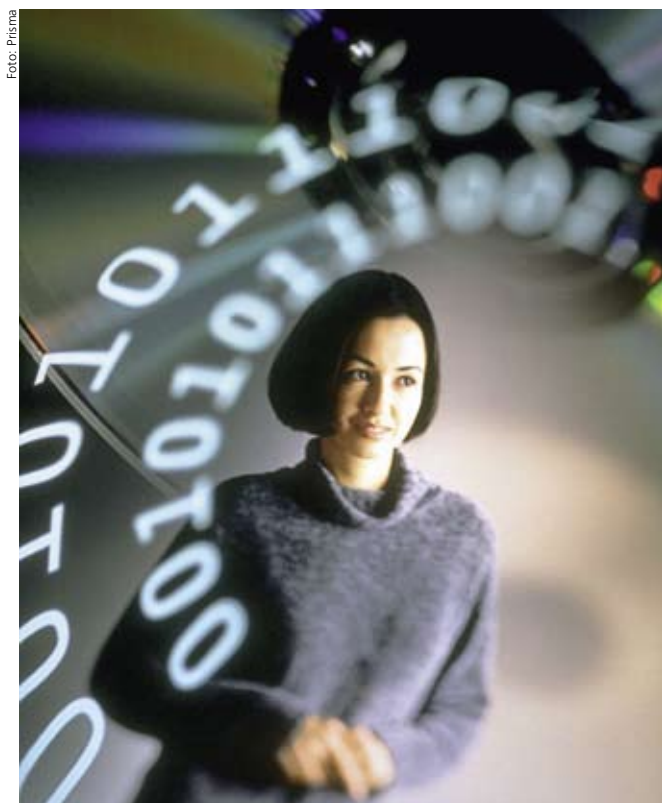


Foto: Pilsna

Ein aussergewöhnlicher Beruf an der Schnittstelle zwischen Spital und Aussenwelt

# Hinter den Kulissen: Was macht eigentlich ein Codierer?

**Die Einführung von SwissDRG steht bevor. Damit dieses System funktioniert, braucht es routinierte Experten, welche allen Patienten die richtige Fallgruppe zuordnen. Das tönt abstrakt und trocken – ist es aber nicht. Schon heute arbeiten in vielen Spitälern solche Codierer – wir haben Roland Wirthner im Inselspital besucht und ihm über die Schulter geschaut.**



Sie arbeiten in einem Gebäude nur wenig ausserhalb des Inselspitals. Trotz der Nähe zu den Kliniken liegt ihr Arbeitsplatz in einer Umgebung, die alltäglich wirkt.

Ihr Arbeitsort ent-

spricht ihrem Platz im Gesundheitswesen, denn sie sind die Verbindungsstellen zwischen Spital und Aussenwelt: Die Codierer.

Das Inselspital arbeitet bereits seit 2004 mit AP-DRG. Das heisst: Alle Patienten werden nach dem Ende ihres Spitalaufenthaltes je nach Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in eine Fallgruppe (DRG) eingeteilt. Die DRG bestimmt unter anderem, wie hoch die Spitalrechnung ausfällt. Die Codierer sind dafür zuständig, dass jeder Patient die richtige DRG erhält. Roland Wirthner ist einer von 13 Codierern am In-

selspital in Bern. Jeden Morgen sichtet er die Liste der ausgetretenen Patienten in seinen Bereichen, der Herz-Gefässchirurgie und der Kardiologie. Vielleicht gibt es noch Pendenzen vom Vortag – komplizierte Fälle verschiebt Roland Wirthner meist, wenn sie ihm spät nachmittags in die Hände kommen. «Morgens ist die Konzentration einfach besser», begründet er.

## Ein ausgeklügeltes System

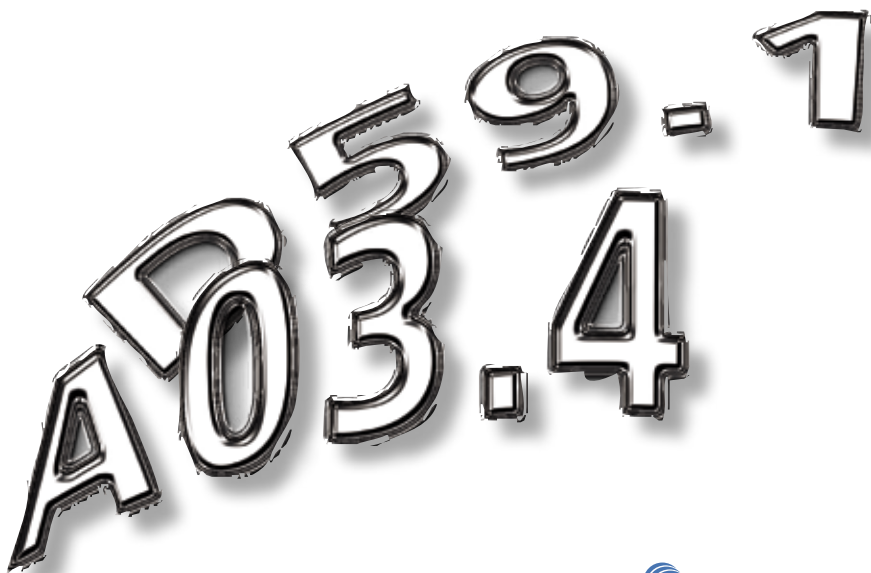
Wenn die Fälle vom Vortag erledigt sind, bearbeitet Roland Wirthner die neuen Dossiers. Das Patienten-Erfassungssystem des Inselspitals überträgt die wichtigsten Angaben des Patienten – wie etwa das Ein- und Austrittsdatum – direkt in sein Codierprogramm. Jetzt kann Roland Wirthner mit seiner Analyse-Arbeit beginnen. Aus der Datenbank der Klinik holt er sich Eintritts-, Operations- und Austrittsbericht. Nach deren Lektüre legt er auf Grundlage des «Regelwerkes des ICD-10-Klassifikationssystems für Krankheiten» die Hauptdiagnose fest und gibt einen dazugehörigen Code ein. Das Regelwerk umfasst drei dicke Bücher. Entsprechend differenziert sind die einzelnen Codes der verschiedenen Krankheiten – zumindest aus Laiensicht. So kennt das System nicht nur einfach einen Code für Blutarmut, sondern für eine Vielzahl von Varianten dieser Krankheit. Der Blick ins Handbuch ist für Roland Wirthner zwar meist nicht mehr nötig.

Dank seiner Erfahrung kennt er viele Codes auswendig. Dennoch greift er bei der kleinsten Unsicherheit auf die «Bibeln der Codierung» zurück. Gleich verfährt der Codierer mit den Nebendiagnosen, denn häufig kommen Patienten mit mehr als einem Leiden ins Spital. Nach den Diagnosen codiert Wirthner die Behandlungen – allerdings nicht alle. Diagnostische Massnahmen und einfache Behandlungen, die entweder nicht aufwändig sind oder sich aus der Hauptdiagnose heraus von selbst verstehen, werden nicht codiert.

Nun besitzt das Programm alle Informationen, die es benötigt. Aus den Diagnosen und Behandlungen berechnet der Computer eine Fallgruppe (APDRG), anhand derer die Spitalrechnung erstellt wird. Doch nicht nur das: Die Daten fliessen – natürlich anonymisiert – an die bernische Gesundheits- und Fürsorgedirektion und ans Bundesamt für Statistik, die damit wertvolle Informationen gewinnen.

## Interpretieren verboten

Läuft das alles immer glatt? Nein, sagt Roland Wirthner. Das Codieren weise einige Tücken auf. So sind die Arztberichte meist umfangreich und nicht standardisiert verfasst. Das bedeutet, dass die Suche nach den Haupt- und Nebendiagnosen nicht immer einfach ist. «Allerdings», sagt Wirthner, «interpretiert der Codierer nicht. Wenn eine Diagnose aus den Berichten nicht klar ersichtlich ist, codieren wir eine allgemeinere, die mit Sicherheit zutrifft.» Rückfragen an die Ärzte richten die Codierer nur in besonders komplexen oder teuren Fällen. «Würden wir wegen jeder Unklarheit nachfragen, hätten die Kliniker wohl keine Freude. Die meisten Probleme lösen wir in unserem Team. Der Lerneffekt dank des gegenseitigen Wissensaustauschs ist gewaltig. So ist Teamwork in der Codierung das A und O», sagt Roland Wirthner. Vor Probleme stellt die Codierer auch die grosse Menge an Text. «Es braucht spezielle Lesetechniken, um das alles zu bewältigen. Anders ist die alljährlich enorme Falldatenzahl des Inselspitals nicht zu bewältigen», so Roland Wirthner.



## SwissDRG kann kommen

Das Gesetz fordert inzwischen, was das Inselspital seit 2004 tut: Bald werden sämtliche Schweizer Spitäler einheitlich nach SwissDRG abrechnen müssen. Diesem Wandel sieht Roland Wirthner gelassen entgegen. «Schon nächstes Jahr bereiten wir uns mit der Einführung der komplexeren Diagnose-Klas-

sifikation ICD-10-GM und einer Erweiterung unseres Operationsklassifikationskataloges auf die Einführung von SwissDRG vor. Dadurch haben wir so etwas wie eine Hauptprobe.» Auf die Zufriedenheit in seinem Job angesprochen, reagiert Roland Wirthner mit einem Schmunzeln. «Was nach trockenem Büroalltag aussieht, ist in Tat und

Wahrheit ausserordentlich interessant. Man lernt nicht nur viel über den klinisch-therapeutischen Aspekt von Erkrankungen, sondern erhält auch einen intensiven Einblick in die ökonomischen und ethischen Aspekte des Gesundheitswesens.»

PETER KRAFT

## Gespräch mit Henrik Pfahler, Leiter der Fachstelle ProCod des Inselspitals

### Wie viele Codierer beschäftigt das Inselspital?

Wir beschäftigen 13 Codierer mit Pensen von 20 bis 100 Prozent. Total haben wir etwa 700 Stellenprozent.

### Wie viele davon sind Ärzte, wie viele stammen aus anderen Berufsgruppen?

Im Moment sind es etwa ein Drittel Ärzte und zwei Drittel Pflegepersonal. Wir sind jedoch bestrebt, einen Anteil von je fünfzig Prozent zu erreichen. Das wäre aus unserer Sicht ein guter Mix: Die ärztliche und die pflegerische Sichtweise wären damit gleichberechtigt vertreten.

### Haben die Codierer des Inselspitals eine spezifische Weiterbildung?

Wichtig ist, dass die Pflegefachleute klinische Erfahrung mitbringen. Nur so sind sie in der Lage, die Arzt- und Operationsberichte richtig zu interpretieren. Es gibt Weiterbildungs-Angebote und seit kurzem auch eine eidgenössische Fachprüfung. Allerdings ist «Codiierer» aktuell noch keine gängige Berufsbezeichnung mit einer einheitlichen Ausbildung.

### Sind die Codierer bei Ihnen zu 100 Prozent Codierer – oder arbeiten sie weiter auf ihren angestammten Berufen, zum Beispiel als Ärzte?

Bei uns sind wir ausschliesslich Codierer. Allerdings haben viele spezifische Zusatzaufgaben, wie die Organisation der Teamfortbildung oder den Kontakt zu den Vertrauensärzten der Krankenversicherer.

### Sind die Erfahrungen des Inselspitals mit DRGs durchwegs positiv?

Es gibt Licht- und Schattenseiten. Einerseits bringen Fallpauschalen eine Zunahme der administrativen Aufgaben. Andererseits bietet die medizinische Codierung grosse Möglichkeiten für die Leistungsanalyse, die Qualitätssicherung und für Vergleiche mit anderen Spitälern. Die Spitäler können erkennen, wo sie im Vergleich zu anderen Anbietern stehen.

### Wie nützlich sind diese Informationen für die strategischen Entscheide der Spitalleitung?

Es zeigt sich, welche und wie schwere Fälle ein Spital behandelt. Für die Budgetierung oder das Aushandeln von Leistungsvereinbarungen sind die Informationen der Codierung sehr wertvoll.

### Welche Vorteile oder Schwierigkeiten sehen Sie mit der Einführung von Swiss DRG auf sich zukommen?

Statt 600 bis 900 werden wir 1200 DRGs haben. SwissDRG wird uns wesentlich bessere Analysen und eine bessere Vergleichbarkeit bringen. Aber: So ein komplexes System muss nicht nur gut betrieben, sondern auch gut überwacht und gepflegt werden. Weniger DRGs würden zwar ein schlankeres System bedeuten. Aber man hat in Deutschland erkannt, dass 600 bis 700 DRGs einfach zu wenig präzise sind, um das gesamte Spektrum der modernen Medizin abzubilden.

### Rechtfertigen die Vorteile den höheren Verwaltungsaufwand?

Wir müssen uns nichts vormachen: Swiss DRG wird eingeführt, um den Kostendruck auf die Spitäler zu erhöhen und den Kostenanstieg abzubremesen. Als Universitätsspital erwarten wir, dass sich im Swiss DRG-System die Spitzenmedizin sehr gut abbilden lässt – zumindest dann, wenn die Fallzahlen schweizweit für eine vernünftige Kalkulation ausreichend sind. Bei kleinen Fallzahlen braucht es andere Wege der Vergütung.

### Die Codierfehler, sagt das Inselspital, seien in den letzten Jahren stark reduziert worden. Wie lassen sich Codierfehler überhaupt feststellen?

Wir nehmen uns gezielt bestimmte Fälle nochmals vor, um sie nachzucodieren. Wir haben auch über die offiziellen Codierregeln hinaus einen internen Codier-Standard entwickelt, um die Unsicherheiten zu minimieren. Dann gibt es externe, vom Kanton angeordnete Kontrollen, die unsere Codierung auch auf systematische Schwächen untersuchen. Und wenn die Krankenversicherer Fälle zurückweisen, überarbeiten wir sie neu und entdecken zwischendurch Fehler. Insofern schätze ich auch diese Kontrollen.



INTERVIEW: PETER KRAFT





# SwissDRG 2012: Das KVG ist kein Spitalfinanzierungsgesetz

**Seit 2002 rechnen etliche Spitäler ihre Leistungen über APDRG ab – quasi über ein Vorgängermodell der ab 2012 geltenden SwissDRG. Einziger Unterschied: das neue System bildet die Leistungen exakter ab und trägt dem unterschiedlichen Erkrankungsbild und -grad der Patienten viel besser Rechnung. Alles in Butter – müsste man meinen.**

Derzeit dominiert die Kritik am künftigen Fallpauschalensystem. Dabei werden häufig die Grenzen zwischen dem «Vergütungsmodell Fallpauschale» und den teilweise recht einschneidenden Anpassungen in der Spitalfinanzierung – welche wiederum nichts mit der Fallpauschale zu tun haben – miteinander vermischt.

Vorab erwähnenswert ist hierbei die Thematik der Investitionsvergütung. Ab 2012 müssen die Tarife der Krankenversicherung auch die Vergütung der Kosten der für die Leistungserbringung notwendigen Anlagen umfassen. Darunter fallen zum Beispiel die Kosten für Hotellerie und die Benützung von Operationsräumen und medizinischen Geräten. Doch wie hoch dürfen diese Kosten sein? Werden sie einfach vom Spital «bestimmt», auch wenn es schlecht ausgelastet ist und an den Bedürfnissen vorbei produziert? Wie soll etwa verhindert werden, dass aufgrund der Mitfinanzierung von teuren MRI-Geräten die Gerätedichte noch mehr zunimmt?

## Das Krankenversicherungsgesetz ist kein Spitalfinanzierungsgesetz

Es ist hilfreich, wenn man sich bei dieser Fragestellung vergegenwärtigt, welchen Zweck das KVG hat: Es regelt die Vergütung von Leistungen aus der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Die Leistungen müssen nicht nur wirksam und zweckmässig, sondern auch wirtschaftlich und in der entsprechenden Qualität erbracht werden, damit der Leistungserbringer deren Vergütung geltend machen kann. Hingegen ist es nicht Inhalt und Ziel des KVG, den Spitälern zur Deckung jener (Betriebs- und) Investitionskosten zu verhelfen, welche etwa durch eine schlechte Auslastung oder falsch getätigte Investitionen anfallen. Dieses Risiko muss stets das Spitalunternehmen oder die Spitalträgerschaft übernehmen. Wäre dem nicht so, würde jeder Ansatz einer leistungsorientierten Finanzierung im Keime erstickt. Die Folge wäre eine weiterhin strukturorientierte Finanzierung – genau davon wollte der Gesetzgeber jedoch abrücken. Mit den entsprechenden Verordnungsbestimmungen (insbesondere VKL\*

Art. 10a) hat der Bundesrat die folgerichtigen Umsetzungsvorgaben geschaffen, auch wenn diese dem betriebswirtschaftlich geschulten Auge missfallen können. Doch auch dieses Auge muss wahrnehmen, dass in einem System mit Vertragszwang die Preise rasch zu hoch ausfallen, wenn statt belegbarer Anschaffungswerte «nebulöse» Wiederbeschaffungswerte und statt einer fixen Verzinsung die beeinflussbare Kapitalstruktur des Spitals das Mass der Dinge sind.

Der Haltung des Spitalverbands H+, wonach die entsprechenden Verordnungsbestimmungen der VKL geändert werden müssen, ist deshalb klar zu widersprechen.

## Keine Differenzierung der Basispreise nach Spitalkategorien

Eine vergleichbare Thematik betrifft die Forderung der Universitätsspitäler, für die gleiche Leistung einen höheren Basispreis in Rechnung stellen zu dürfen als andere Spitäler. Keine der vorgebrachten Argumentationslinien verfängt dabei:

- *Schweregrad der Behandlungen:* Spitäler, welche kränkere Patienten behandeln und schwierigere Behandlungen durchführen, erhalten durch SwissDRG bereits eine höhere Pauschale zugesprochen, weil das Kostengewicht der Behandlung (welches mit dem Basispreis multipliziert den Rechnungsbetrag ergibt) entsprechend grösser ist als bei einfacheren Behandlungen. Eine nochmalige Berücksichtigung dieser Fallschwere über den Basispreis ist schlicht systemfremd.
- *Ungenügende Abbildung komplexer Leistungen:* Kaum plausibel ist zudem das Argument, dass die Leistungen der Universitätsspitäler in SwissDRG ungenügend abgebildet seien. Das Gegenteil ist der Fall: während alle Uni-Spitäler ihre Daten als Kalkulationsbasis für die Tarifstruktur zur Verfügung stellen, ist dies bei den übrigen Spitälern bei weitem nicht der Fall.
- *Höhere Gesteungskosten:* Zudem werden die höheren Leistungserstellungskosten der Uni-Spitäler ins Feld geführt. Insbesondere seien diese







Wie hoch dürfen die Kosten sein, wenn am Bedürfnis vorbei produziert wird?

Kosten durch den hohen Anteil an Forschung und universitärer Lehre sowie grösserer Vorhalteleistungen verursacht. Doch genau diese Kosten darf die Krankenversicherung nicht vergüten, da sie gemeinwirtschaftlichen Charakter haben und vom Spitalträger bzw. der öffentlichen Hand zu finanzieren sind.

Die einzige Argumentation, welche unter Umständen zu höheren Tarifen führen dürfte, wäre der Nachweis einer durchwegs höheren Leistungsqualität bei Behandlung in einem Universitätsspital. Doch solange keine schweizweit einheitlichen und verlässlichen Qualitätsmessungen durchgeführt und transparent zugänglich gemacht werden, welche eine solche Aussage bestätigen könnten, bleiben solche Diskussionen Spekulation.

### Von Innovation und neuen Leistungen

Mit dem Stichwort «Innovation» wird unter DRG-Bedingungen als erstes eine zusätzliche Abgeltungsform assoziiert, nämlich jene des «Innovationsentgelts». Dabei wird suggeriert, dass leistungsbezogene Fallpauschalen generell eine innovationshemmende Wirkung haben. Diese These ist nicht haltbar:

- Die DRG-Tarifstruktur gibt lediglich vor, in welchem Verhältnis die finanziellen Mittel verteilt werden, nicht jedoch, wie viele Mittel verteilt werden.

- Innovation muss nicht kostensteigernd sein, sondern kann auch kostensenkend oder qualitätssteigernd wirken.
- «Neu» ist nicht einfach mit «gut» gleich zu setzen. Nur wenn die Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Leistung gegeben ist, darf die Finanzierung über die OKP erfolgen. Eine saubere Abgrenzung von Innovation und Forschung ist dabei zwingend.
- Mit Fallpauschalen wird ein Bündel von einzelnen Leistungen (Diagnostik, Eingriff, Pflege usw.) finanziert. Eine Innovation in einem Teilbereich des Leistungsbündels darf nicht losgelöst von dessen Auswirkungen auf die anderen Bereiche beurteilt werden.
- Betroffen ist letztlich ein Kostenvolumen von wenigen Prozenten (ein bis zwei Prozent).

Aus diesen Überlegungen lassen sich folgende Schlüsse ableiten:

- Der Begriff «Innovation» ist nicht präzise, wenn es um die Tarifierung von Leistungen geht. Es ist deshalb angezeigt, den Begriff «*Neue Leistungen*» zu verwenden.
- Auch neue Leistungen müssen den WZW-Kriterien entsprechen.
- Alleine die Feststellung, dass bspw. eine neue Behandlungsmethode existiert, sagt noch nichts aus, ob diese unzureichend vergütet wird.

- Das KVG verlangt eine pauschale Vergütung bei stationären Behandlungen. Es wäre unangemessen, diesen Grundsatz für neue Leistungen generell zu durchbrechen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das Thema der «Neuen Leistungen» nicht adäquat über die Tarifstruktur lösen lassen. Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass das Verfahren der sogenannten «NUB-Entgelte» extrem aufwändig ist. Es sollte deshalb davon abgesehen werden, ähnlich komplizierte Prozesse zu etablieren, welche zudem nicht mit den hiesigen Gegebenheiten (keine Budgetverhandlungen, kein Positivkatalog der Leistungen) kompatibel sind.

Seit Einführung des KVG per 1996 erfolgt die Vergütung von stationären Leistungen über Pauschalen, ohne dass bislang eine hemmende Wirkung auf die Innovationstätigkeit bemängelt worden wäre. Es ist nicht einzusehen, weshalb ein neues Pauschalssystem, welches gegenüber bisherigen Systemen eine massiv verbesserte Mittelverteilung gewährleistet, ausgerechnet in dieser Hinsicht zu nachhaltigen Verschlechterungen führen sollte.

BEAT KNUCHEL

\* Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL)

Um Bedenken zu zerstreuen, wird die Qualität vor und nach der Einführung von SwissDRG gemessen

## Fallpauschale und Qualität gehen Hand in Hand

Foto: Keystone



Bereits heute werden in der Schweiz über 50 Prozent der stationären Spitalleistungen über DRG abgerechnet. Auch die Unfallversicherer verwenden seit längerem national DRG.

**Die bevorstehende Einführung diagnosebezogener Fallpauschalen weckt Befürchtungen. Oft gehörte Stichworte in diesem Zusammenhang sind «Fehlversorgung», «blutige Entlassungen» und «Qualitätseinbussen». Entwarnung kommt aus Deutschland – und auch aus Teilen der Schweiz: Hier haben sich die Bedenken nicht bewahrheitet.**

In Deutschland konnte nach der Einführung von G-DRG in keiner einzigen Studie eine schlechtere Qualität belegt werden. Im Gegenteil: Durch die stärkere Vergleichbarkeit und zunehmende Transparenz von Qualitätsmessungen wird mittelfristig wohl der Qualitätswettbewerb angekurbelt. Die gleichzeitige wirtschaftlich zwingende Fokussierung auf weniger Fachbereiche führt zudem zur Spezialisierung mit entsprechenden höheren Fallzahlen. Gleiches kann man auch in der Schweiz anführen: Bereits heute werden über 50 Prozent der stationären Spitalleistungen nach dem System APDRG abgerechnet, vor allem in der West- und Zentralschweiz. Bern und andere Kantone wenden DRG flächendeckend an. Dabei handelt es sich um eine leistungsorientierte Fallpauschale, welche einem strengen Tarifvergleich unterworfen wird und damit starkem wirtschaftlichem Druck ausgesetzt ist. Die betroffenen Spitäler würden den Vorwurf, sie würden den qualitativen

Anforderungen nicht länger entsprechen, mit Recht von sich weisen.

### Die Qualität der Spitäler wird gemessen

Um die befürchteten Auswirkungen zu vermeiden, müssen die Tarifpartner – also H+ und santésuisse – mit dem Genehmigungsgesuch an den Bundesrat einen gemeinsamen Vorschlag vorlegen. Dieser soll Instrumente und Mechanismen benennen, die dafür sorgen, dass im Rahmen der Tarifierung die Qualität gewährleistet bleibt.

Die Tarifpartner haben den Nationalen Verein für Qualitätssicherung in den Kliniken und Spitälern (ANQ) beauftragt, ein entsprechendes Konzept vorzulegen, welches die Leistungsqualität in den Spitälern vor und nach der Einführung von SwissDRG messen soll.

Der ANQ ist aus der Fusion der Nationalen Koordinationsstelle für Qualität (KIQ) und dem interkantonalen Verein für Qualitätssicherung in den Spitälern hervorgegangen. Mitglieder sind H+, santésuisse, MTK und sämtliche Kantone. Der ANQ soll die nationale Plattform der Schweiz für Qualitätsmessungen werden. Zu diesem Zweck haben die Experten des ANQ mehrere Messungen bestimmt, mit welchen die Qualität der stationären Leistungserbringung gemessen werden kann. Als Indikatoren werden bereits heute die nosokomialen Infektionen (Krankenhausinfektionen) nach dem System SwissNoso und

die Rehospitalisationen und Reoperationen mit SQLape gemessen. Weitere Messungen ergänzen dieses Indikatorenset. Die Experten sind kontinuierlich am Erarbeiten neuer geeigneter Messungen. Um die Leistungsqualität vor und nach Einführung von SwissDRG tatsächlich messen zu können ist es wichtig, dass sämtliche Schweizer Spitäler an den Messungen teilnehmen und ihre Resultate transparent machen. So kann gewährleistet werden, dass die neue leistungsorientierte Pauschale zu keiner Qualitätseinbusse führen wird.

### Messlatte für Tarife sind existierende Spitäler

Gemäss revidiertem Art. 49 KVG werden sich die Spitaltarife am Tarif jenes Spitals orientieren, welches die Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringt. Dies gilt nicht nur für nach SwissDRG abrechnende Spitäler, sondern auch für alle anderen Bereiche, also auch Psychiatrie, Rehabilitation und weitere. Diese Vorgabe macht klar, dass die Qualität künftig bei der Preisbildung wesentlich mitspielen wird. santésuisse begrüsst die Aktivitäten des ANQ und fordert von dessen Experten klare Definitionen zur «notwendigen Qualität». Diese ist sowohl für die Verhandler des Branchenverbandes als auch für die Kantone wichtig.

MICHAEL ROLAZ



# Stolperstein Datenlieferung

**Mit der Einführung von SwissDRG erfährt die Abrechnung der stationären Spitalaufenthalte wesentliche Änderungen. Wurden bis anhin im einfachsten Fall die Anzahl Tage mit der Tagesstaxe multipliziert, so werden ab 2012 aufwandsgleiche Fallgruppen fakturiert. Doch was heisst das konkret?**

Im System von SwissDRG werden jedem Patient und jeder Patientin Hauptdiagnose und Nebendiagnosen gestellt und darauf aufbauend Behandlungen vorgenommen. Diese Angaben werden codiert, das heisst es werden Diagnose- und Prozedurencodes erfasst, welche mit Hilfe einer sogenannten Grouper-Software automatisch in eine DRG umgewandelt werden. Jeder DRG (Diagnosis Related Group = diagnosebezogene Fallgruppe) wird ein Kostengewicht zugeordnet, das den ökonomischen Aufwand für den durchschnittlichen Fall dieser Gruppe abbildet. Multipliziert man dieses Kostengewicht mit der vertraglich vereinbarten Baserate, erhält man den abzurechnenden Preis. Die Baserate bzw. der Basisfallwert wird bei der Einführung von SwissDRG dem Basispreis des jeweiligen Spitals entsprechen. Damit wird offensichtlich, dass sowohl die Abrechnung im Spital wie auch die

Rechnungskontrolle beim Versicherer im Gegensatz zum heutigen System deutlich komplizierter werden.

## Versicherer müssen Wirtschaftlichkeit kontrollieren

Die Versicherer sind gemäss Krankenversicherungsrecht (KVG) berechtigt und verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu prüfen. Dazu gehört auch die Einzelrechnungskontrolle, welche die Rechtmässigkeit der Abrechnung prüft. War die Rechnungsprüfung im System der Tagespauschalen noch einfach, wird sie unter SwissDRG deutlich erschwert. Die korrekte Zuteilung auf die preisrelevante DRG ist de facto nur möglich, indem die Versicherer die Codierung aufgrund medizinischer Angaben kontrollieren und die korrekte Gruppierung nachvollziehen.

Es wird schnell klar, dass eine derart komplexe Rechnungskontrolle nicht in jedem Fall durchgeführt werden kann. Stattdessen werden die Versicherer mittels Rechnungstriage Einzelfälle überprüfen. Doch selbst die Rechnungstriage stellt die Versicherer vor grösste Probleme, wenn die abrechnungsrelevanten Daten fehlen. santésuisse fordert deshalb die systematische Datenlieferung auf elektronischem Weg. Nur so können Rechnungen effizient geprüft werden und ein Grossteil der auffälligen Rechnungen ohne weitere Nach-

fragen im Spital anhand der gelieferten Daten erklärt werden. Nur die wenigen verbleibenden auffälligen Rechnungen erfordern eine anschliessende Bereinigung mit dem Spital.

## Spitäler erschweren die Prüfung der Rechnungen

Obwohl dieses Vorgehen vom Bundesverwaltungsgericht in einem neueren Urteil weitgehend geschützt und die systematische Datenlieferung an die Versicherer als berechtigtes Anliegen bestätigt wird, weigern sich die Spitäler unter dem Vorwand des Datenschutzes, die Daten zu liefern. Damit wird allerdings eine Rechnungskontrolle durch die Versicherer verunmöglicht und ein wichtiges Anliegen des KVG, nämlich die Wirtschaftlichkeitsprüfung, verhindert. In diesem Massengeschäft müsste also, so die Idee der Spitäler, jede einzelne Rechnung vom Vertrauensarzt der Versicherer hinterfragt werden und allenfalls mehr Information dazu beim Spital eingefordert werden. Es ist kaum auszumalen, welcher Aufwand damit auf beiden Seiten entstünde.

Obwohl die Versicherer nach KVG das Recht haben, auch sensitive Daten zu verarbeiten und über entsprechende Datenschutzreglemente verfügen, soll eine Prüfung der Rechnungen praktisch verunmöglicht werden. Die von Spitalern und Datenschützer vorgebrachte Variante einer – jährlich einmaligen – Kodierrevision aufgrund einer bescheidenen Stichprobe ist keine taugliche Alternative zur Rechnungskontrolle und ist ungeeignet, die Interessen der Prämienzahler zu wahren. santésuisse verlangt deshalb zwingend die systematische Lieferung aller abrechnungsrelevanten Daten.

MICHAEL ROLAZ



Foto: Keystone/santésuisse

**Fehlen die Abrechnungsdaten von den Spitälern, kann nicht kontrolliert werden.**



## «Man versteckt sich hinter dem Datenschutzargument»



Prof. Dr. oec. HSG Urs Brügger ist Leiter des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) und Dozent an der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften (zhaw).

**Urs Brügger hat sich intensiv mit DRGs auf der ganzen Welt befasst. Für den Fachmann ist klar, dass die Spitäler die Diagnose mitliefern sollten, damit die Krankenkassen die Rechnungen überhaupt überprüfen können. DRG bringen seiner Ansicht nach mehr Qualität und Transparenz, aber nicht zwingend weniger Ausgaben. Kürzlich ist von ihm «Impact of DRGs Introducing a DRG reimbursement system: A literature review» in der SGGP-Schriftenreihe (Band 98) erschienen.**

**Befürchtungen stehen im Raum, wonach Fallpauschalen (SwissDRG) zu einer schlechteren Behandlung der Patienten führen werden, Stichwort «bloody exits». Entsprechen die Ängste der Realität? Decken sie sich mit den im Ausland und Inland gemachten Erfahrungen mit Fallpauschalen?**

Diese Befürchtungen einer Verschlechterung der Qualität treffen nicht ein. Die internationale Begleitforschung über die letzten 25 Jahre zu den Auswirkungen von DRGs hat dies gezeigt. Die Spitäler können es sich schlicht nicht leisten, auf diese Art ihren Ruf aufs Spiel zu setzen. Zudem werden Prozesse in

den Spitälern optimiert, was auch dem Patienten zu Gute kommt. Allerdings haben sich die Hoffnungen bezüglich DRGs auf Kostendämpfung im Gesundheitssystem zu wenig erfüllt. DRGs setzen für Spitäler vor allem auch Anreize, neue Ertragsmöglichkeiten ausserhalb des stationären Bereichs zu suchen, was kostentreibend wirkt. Dieser Anreiz scheint eher grösser zu sein als der Anreiz, Kosten zu senken. Auch dies erklärt, dass genannte Hoffnungen und Befürchtungen kaum eintreffen.

**Welches sind momentan die brennendsten Fragen rund um die Einführung der Fallpauschalen?**

Da gibt es eine Reihe davon. Ungeklärt ist immer noch die Frage der Übermittlung der Diagnose von den Spitälern an die Krankenversicherer (MDS Medical Data Set). Aus meiner Sicht versteckt man sich hier hinter dem Datenschutzargument. Man stelle sich einmal vor, dass in einem anderen Dienstleistungsbereich eine Rechnung gestellt wird, der Rechnungssteller sich aber weigert bekannt zu geben, weshalb er die Leistung erbracht hat. Ungeklärt ist auch die Art der Kostengutsprache für Patienten. Ebenfalls unklar ist die Frage des Einbezugs der Infrastrukturkosten. Eine weitere offene Frage ist die Ausgestaltung der Baserates (wie stark individuell, wie stark einheitlich). Dann sollten auch die Standards der elektronischen Anbindung (z.B. XML 4.3) geklärt werden. Hier wären Standards wünschenswert. Schliesslich ist auch die Frage der Rechnungsstellung bei mehreren Garanten (z.B. Unfall- und Krankenversicherung) ungeklärt.

**Was sind aus Ihrer Sicht die Voraussetzungen, damit die Einführung der DRGs in der Schweiz ein Erfolg wird?**

Aufgrund der gemachten Forschungsstudie bin ich leider etwas skeptisch geworden, was die DRGs betrifft, obwohl sie vom konzeptionellen Ansatz her überzeugend sind. So wie die DRGs heute in der Schweiz eingeführt werden, werden sie die Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems kaum verbessern. Sie werden immerhin zu einer gewissen Konzentration von Leistungsangeboten

auf spezialisierte Spitäler führen. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt der Qualität zu begrüssen. Insgesamt dürfte auch die Transparenz erhöht werden. Die folgenden Punkte sind von grosser Bedeutung für den Erfolg:

- Die Festlegung der DRG-Gewichte ist entscheidend. Erhält ein Spital für eine Leistung zu viel, wird es die Leistung zu häufig anbieten und einen Zufallsgewinn machen. Erhält es zu wenig, wird es versuchen, die Leistung zu vermeiden oder sich für höhere Tarife einsetzen.
- Die Handhabung der DRGs muss überwacht werden. Es braucht eine Art unabhängige Revisionsstelle, welche die Qualität der Codierung überprüft.
- Zudem muss die Qualität der Behandlungen überwacht werden. Idealerweise würden diese Resultate publiziert und damit der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.
- Der Einbezug von Investitionen muss genau geregelt sein, damit ein fairer Wettbewerb unter den Spitälern herrscht.
- Die Spitäler sollten die Diagnose mitliefern, damit die Krankenkassen auch die Rechnungen überprüfen können.
- «Rosinenpickerei» unter den Leistungserbringern beobachten: z.B. bezüglich nicht adäquat finanzierten Leistungen oder bezüglich Aus- und Weiterbildung des Personals.

Die Beschränkung der DRGs auf den stationären Akutbereich ist nicht optimal. Idealerweise würde man Fallpauschalen für den ganzen Fall über die gesamte Behandlungskette hinweg kreieren. Selbstverständlich ist die praktische Umsetzung dieser Idee eine Herausforderung. Dies würde aber den verschiedenen Leistungserbringern einen Anreiz geben, besser zusammenzuarbeiten. Ein wichtiger Schritt Richtung integrierte Versorgung wäre damit getan.

INTERVIEW: SILVIA SCHÜTZ



SwissDRG: Zum Stand der Arbeiten

## *Dank DRGs faire Preis- und Leistungsvergleiche*

**Swiss DRG ist ein nationales Projekt, das darauf abzielt, ein schweizweit einheitliches, umfassendes Leistungsabteilungssystem für die Aufenthalte im stationären, akutsomatischen Bereich zu etablieren. Grundlage dafür ist ein diagnosebezogenes Patientenklassifikationssystem. Die Arbeiten in den vier Teilprojekten von SwissDRG schreiten zügig voran. Ein Zwischenbericht.**

Fünf Organisationen aus dem schweizerischen Gesundheitsbereich – die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, H+ Die Spitäler der Schweiz, santésuisse, die Medizinaltarifkommission MTK UVG sowie die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH – arbeiten seit 2003 daran, ein Modell eines schweizweit einheitlichen, umfassenden Leistungsabteilungssystems für die Aufenthalte im stationären akutsomatischen Bereich bereitzustellen, das auf einem «refined» diagnosebezogenen Patientenklassifikationssystem basiert. Wir haben im infosantésuisse vom Dezember 2003 darüber berichtet und das Projekt «SwissDRG» kurz vorgestellt. Ende April 2004 haben die fünf Trägerorganisationen den Verein SwissDRG mit Sitz in Bern gegründet; heute wird dieser vom Basler Gesundheitsdirektor Dr. Carlo Conti präsiert. Nebst den erwähnten Trägerorganisationen arbeiten das Bundesamt für Statistik (BFS), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und der Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) ebenfalls am Projekt mit. Das Gesamtprojekt gliedert sich in vier Teilprojekte, die allesamt gut voranschreiten.

### **Geltungsbereich und Tarifmodell**

Die Hauptaufgaben des ersten Teilprojekts betreffen den Geltungsbereich und das Tarifmodell. Genauer geht es um die Eingrenzung des Geltungsbereichs, um die gegenseitige Verträglichkeit von Gesetzen, Verträgen und Vereinbarungen, sowie um das konkrete Tarifmodell und die Abrechnungsregeln. Bis dato wurde einerseits geklärt, welche Kosten in den Relativgewichtsrechnungen berücksichtigt werden sollen. So wurden Fragen diskutiert bezüglich der Abgeltung von Lehre und Forschung, Ein-

bezug oder Ausschluss bestimmter Kostenblöcke (teure Medikamente, Implantate), Abgrenzung oder Ausscheidung der Kosten von Zusatzversicherten usw. Andererseits wurde der Anwendungsbereich festgelegt. Hier ging es insbesondere um die Definition der akutstationären Fälle, der Wiedereintritte und der Verlegungen sowie um die entsprechenden Abgrenzungen zu den nicht im DRG enthaltenen Bereichen wie Psychiatrie, Rehabilitation und weiteren. All diese Regeln und Definitionen wurden schliesslich in zwei Grundlagenpapieren festgehalten, welche in einem eigentlichen Vernehmlassungsverfahren in den Begleitgruppen der Projektpartner studiert und kommentiert wurden. Nach der anschliessenden Überarbeitung durch das Projektleitungsgremium SwissDRG hat der Steuerungsausschuss SwissDRG die Papiere bzw. die Definitionen zu Geltungsbereich und Tarifmodell im August 2005 verabschiedet.

### **System: Wahl und Anpassungen**

Im zweiten Teilprojekt geht es um die Wahl des refined Basis-DRG aus der DRG-Familie, um die Wahl des Groupers (einer spezifischen EDV-Software) und deren Anpassung an schweizerische Verhältnisse. Folgende DRG-Systeme wurden in diesem Teilprojekt nach klar definierten Kriterien analysiert:

- APR-DRG (in mehreren Ländern im Einsatz)
- IR-DRG (in mehreren Ländern im Einsatz)
- AR-DRG (Australisches System)
- G-DRG (Deutsches System)
- GHM/EfP (Französisches System)
- LDF/LKF (Österreichisches System)
- SQLape (System des Schweizer Wissenschafters Yves Egli)

- und APDRG, zum Vergleich mit der aktuellen Situation in der Schweiz.

Das Projektleitungsgremium hat nach eingehender Prüfung die beiden Systeme IR-DRG und das deutsche System (G-DRG)





als bestmögliche Optionen für den Einsatz in der Schweiz gewertet. Der Steuerungsausschuss hat im vergangenen August entschieden, dass einerseits diese beiden Systeme genauer beurteilt werden sollen und andererseits mit den entsprechenden Kooperationspartnern (3M Schweiz für IR-DRG und InEK, Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, für G-DRG) konkrete Verhandlungen aufgenommen werden sollen. Aufgrund der entsprechenden Ergebnisse wird der Steuerungsausschuss im November 2005 den definitiven Systemscheid fällen.

### Daten und Netzwerk

Zu den Hauptaufgaben des dritten Teilprojekts gehören der Aufbau eines Spitalnetzwerks sowie einer nationalen Datenbasis, die Berechnung der Relativgewichte, die

### Patientenklassifikationssysteme

In Patientenklassifikationssystemen werden Patienten oder Behandlungspfade zu Gruppen zusammengefasst, die hinsichtlich medizinischer und/oder ökonomischer Kriterien möglichst homogen sind. Im akutstationären Bereich ist dabei die ganze Familie der Diagnosis Related Groups (DRG) stark vertreten. Vereinfacht ausgedrückt: Jede Hospitalisation wird auf Grund der Diagnose und Behandlung, des Alters, Geschlechts sowie möglicher Begleiterkrankungen einer DRG, einer solchen Gruppe, zugeordnet. Die einzelnen Gruppen werden mittels so genannter Kostengewichte zueinander ins Verhältnis gesetzt. Durch Multiplikation des Kostengewichts mit einem Basispreis erhält man die Fallpauschale zu jeder DRG: die leistungsbezogene Abgeltung für die stationäre Behandlung samt Aufenthalt im Spital.

Datenhoheit und die Mandate. Vereinbarungsgemäss wurde die Fallkosten-Datenbank des Vereins APDRG Schweiz dem Verein SwissDRG übertragen. SwissDRG baut diese nun weiter aus und überlässt dem Verein APDRG jährlich eine Kopie zur Aufrechterhaltung und Pflege seines eigenen

Systems, bis APDRG vom neuen System SwissDRG abgelöst werden kann. Für die Berechnung der so genannten Relativgewichte werden medizinisch-ökonomische Daten von ausgewählten Spitälern benötigt. Der Aufbau eines entsprechenden Spitalnetzwerkes hat unterdessen begonnen. Zurzeit wird das «Data Set» definiert, nach welchem diese Netzwerkspitäler die Fallkosten dem Bundesamt für Statistik (BFS) liefern sollen. In einem Datenschutzkonzept wurden die Datenflüsse und Zugriffsberechtigungen beschrieben, damit der Datenschutz sichergestellt werden kann.

### Vorbereitung der Umsetzung und Nutzung

Dieses zentrale Teilprojekt wurde erst kürzlich gestartet. Es umfasst die Nachfolgeorganisation, die Errichtung des Casemix-Büros, die Deklaration der Nutzungsbedingungen sowie die Unterstützungsplanung für die Einführung. Die Arbeiten sind in die folgenden vier Bereiche unterteilt:

- Rahmenvertrag und Beitrittsprozedere
- SwissDRG Casemix-Office
- Einführungssupport
- Monitoring.

### DRG – ein ökonomisches Muss

Zusammenfassend darf festgehalten werden, dass die Projektarbeiten für SwissDRG erfreulicherweise planmässig vorankommen und die fünf Trägerorganisationen seit dem Start im April 2004 bereits wichtige Grundpfeiler gesetzt haben. Das ist auch nötig, damit der ambitionöse Zeitplan bis zum Schluss eingehalten werden kann.

Die Umsetzung drängt, denn Gesundheitsexperten sind der Überzeugung, dass SwissDRG ein ökonomisches Muss ist und die Transparenz im stationären Bereich fördern wird. *Markus Stuber*



Foto: Prisma

**Operationen sollen bald leistungsabhängig abgegolten werden.**

## Fallpauschalen: Transparenz und Kontrolle sind zwingend

**Die Einführung von Fallpauschalen im Rahmen der neuen Spitalfinanzierung führt zu erhöhten Anforderungen an die Wirtschaftlichkeitskontrolle der Krankenversicherer. Damit diese umgesetzt werden können, braucht es die notwendige Transparenz bei den Spitalrechnungen. Die dafür notwendige Präzisierung im Gesetz fehlt derzeit aber noch.**

Der Nationalrat debattiert in der Frühlingssession über die neue leistungsorientierte Spitalfinanzierung. Dabei ist politisch unbestritten, dass die heutige Vielzahl von Abgeltungssystemen (Tagesvollpauschalen, Abteilungspauschalen, Vorläufer von diagnosebezogenen Systemen) durch ein schweizweit einheitliches System auf der Grundlage von diagnosebezogenen Fallpauschalen abgelöst werden soll. Die verschiedenen Akteure (GDK, H+, FMH und santésuisse) arbeiten bereits seit geraumer Zeit auf der technischen Ebene an den notwendigen Grundlagen für die so ge-

nannten SwissDRGs. Dabei hat sich gezeigt, dass das neue System nur dann sinnvoll steuerbar ist, wenn die Krankenversicherer die Spitalrechnungen überprüfen können. Sie benötigen dazu entsprechende Angaben auf den Rechnungen (Minimum Data Set).

### Kantone und Krankenversicherer sind sich einig

Diese Rahmenbedingung wird auch von den Kantonen unterstützt. In einer Grundsatzvereinbarung zwischen der Gesundheitsdirektoren-Konferenz (GDK) und santésuisse zu den Rahmenbedin-

gungen für die leistungsbezogenen Fallpauschalen vom 26. Oktober 2006 haben die Kostenträger gemeinsam festgehalten: «Unter dem diagnose- und prozedurenbasierten Entschädigungssystem verändern sich für die Finanzierer auch die Anforderungen an eine Rechnungskontrolle. Um die Wirtschaftlichkeit der Leistungen gemäss Art. 56 KVG zu überprüfen, benötigen die Finanzierer Angaben über die relevanten administrativen Daten, Diagnosen und Prozeduren. Auch müssen die Voraussetzungen für eine standardisierte Codierkontrolle geschaffen werden. Die Vereinbarungsparteien setzen sich dafür ein, dass in der laufenden Revision des KVG die gesetzliche Grundlage geschaffen wird, damit die Rechnungs- und Codierkontrolle unter Einschluss von Diagnose- und Prozedurangaben erfolgen kann und diese nicht der Datenschutzgesetzgebung entgegensteht.»

### Weshalb benötigen die Versicherer diese Angaben?

In einem DRG-System hängt die Fallvergütung von der individuellen Morbidität der Patienten und damit von einer Vielzahl von Angaben ab, zu den die Diagnosen und die durchgeführten Behandlungen gehören. Weil die aktuelle Gesetzeslage noch auf die früheren Abgeltungssysteme ausgerichtet ist, muss beim Übergang zu DRGs die notwendige Rechtsgrundlage für die Rechnungskontrolle geschaffen werden. Die entsprechende Anpassung des KVG wird nun

### Das Wichtigste in Kürze

- Mit der Einführung einer leistungsorientierten Spitalfinanzierung auf der Basis von Fallpauschalen (SwissDRG) erhöhen sich die Anforderungen an die Wirtschaftlichkeitskontrolle. Die Krankenversicherer benötigen dazu die entsprechenden Angaben auf den Spitalrechnungen (Minimum Data Set: Angabe von Diagnose-, Prozeduren- und Falldaten).
- Bereits heute werden im Bereich der Unfallversicherung Diagnose- und Behandlungsdaten standardisiert übermittelt, ohne dass dies Probleme bietet.
- Ohne Vorliegen des Minimum Data Sets können die Krankenversicherer ihrem gesetzlichen Auftrag der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht mehr nachkommen. Es liegt ein merkwürdiges Verständnis von Transparenz vor, wenn jene, die die Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen zu überprüfen haben, nicht wissen dürfen, was sie prüfen müssen. Dies kann nur zu erheblichen Mehrkosten in der Grundversicherung führen.
- Der Datenschutz ist gewährleistet, da die korrekte Verwendung der Daten unter Aufsicht steht und gegebenenfalls Sanktionen ausgesprochen werden können.
- Deutschland hat – als Ursprungsland unseres künftigen DRG-Systems – diese Notwendigkeit erkannt und die notwendige Transparenz von Beginn weg gesetzlich vorgeschrieben.





Foto: Prisma

**Zur Rechnungskontrolle im DRG-System brauchen die Krankenversicherer die nötigen Daten.**

aber hauptsächlich mit dem vorgeschobenen Argument des Datenschutzes bekämpft. Diese Argumentation ist aber nicht stichhaltig:

- Die Suva und die privaten Unfallversicherer erhalten ebenfalls die entsprechenden Angaben samt Diagnose und Behandlungen. Hier sind offenbar keine Bedenken des Datenschutzes zu orten. Dabei sind die Unfall- und Krankenversicherung, was die Rechnungskontrolle betrifft, absolut vergleichbar. Auch der Verweis auf das Naturalleistungsprinzip im UVG ist wenig stichhaltig – dessen Absenz im KVG-Bereich verschärft die Notwendigkeit der Wirtschaftlichkeitsprüfung sogar noch.
- Im Bereich der ambulanten Versorgung hat TARMED Transparenz geschaffen und dazu ge-

führt, dass die durchgeführten Behandlungen über die Tarifpositionen dokumentiert sind. Bei den Krankenversicherern sind entsprechende Kontrollsysteme im Einsatz. Was für die Ärzte machbar ist, sollte nun auch für die Spitäler möglich sein.

- Das KVG sieht die Bearbeitung besonders schützenswerter Personendaten durch die Krankenversicherer zur Beurteilung von Leistungsansprüchen und zur Berechnung von Leistungen explizit vor (KVG Art. 84). Dabei müssen die Krankenversicherer den korrekten und vertraulichen Umgang mit Patientendaten gewährleisten. Die notwendigen Gesetze dazu sind in Kraft, bei Verstössen haben die Aufsichtsbehörden die Möglichkeit zur Intervention.

### Anforderungen an die Krankenversicherer steigen

Es ist unbestritten, dass die Einführung von SwissDRG hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt und seitens der Krankenversicherer ein hohes Mass an Fachkompetenz in der Rechnungskontrolle voraussetzt. Dank der elektronischen Rechnungsstellung sind freilich etliche Prozesse automatisierbar. Es braucht also keineswegs einen unverhältnismässigen Verwaltungsapparat zur Bewältigung der «neuen» Prüfanforderungen, wie mitunter suggeriert wird. Zwar ist es korrekt, dass die Ansprüche an die Qualifikation der Mitarbeitenden steigen, der konkrete Prüfprozess selbst wird jedoch stark durch Software unterstützt – genauso wie dies bei der Rechnungsstellung beim Leistungserbringer der Fall ist. (BKN/PM)

## Spitalfinanzierung: Kompromiss in Sicht

**Die Spitalbehandlungen sollen künftig leistungsbezogen und gesamtschweizerisch einheitlich abgegolten werden. Privatspitäler, die auf die kantonale Spitalliste genommen werden, sind gleich zu finanzieren wie öffentliche Spitäler. In diesen zwei zentralen Punkten zeichnet sich bei der Reform der Spitalfinanzierung, die in der Märzsession vom Nationalrat behandelt wird, eine Einigung ab.**

Der Ständerat hat mit seinen Beschlüssen in der Märzsession 2006 die Weichen für die Reform der Spitalfinanzierung gestellt. Er hat das Konzept des Bundesrates für die leistungsbezogene Finanzierung der stationären Spitalleistungen ergänzt und damit die Grundlage für schweizweit einheitliche Pauschalen geschaffen, die auf einer diagnosebezogenen Klassifikation der Patienten beruhen (DRG). Ein wichtiger Eckpunkt der Vorlage ist die gleiche Abgeltung der KVG-Leistungen auf der privaten, der halb-privaten und der allgemeinen Abteilung, und zwar in den öffentlichen wie in den privaten Listenspitälern.

In den Pauschalen, die von den Kantonen und den Versicherern anteilmässig übernommen werden, sind auch die Investitionskosten inbegriffen. Der kantonale Anteil wurde vom Ständerat grundsätzlich auf 60 Prozent festgesetzt. Kantone mit tiefem Prämienniveau sollen ihn jedoch bis auf 45 Prozent reduzieren können. Neu geschaffen hat der Ständerat die Kategorie der Vertragsspitäler. Damit sind jene privaten Spitäler gemeint, die nicht auf der kantonalen Spitalliste stehen (und damit auch keine Beiträge des Kantons zugute haben), denen aber die Versicherer aufgrund von Verträgen Beiträge aus der Grundversicherung ausrichten können. Die Gesundheitskommission (SGK) des Nationalrates hat dem Finanzierungskonzept des Ständerates grundsätzlich zugestimmt, dazu allerdings drei wichtige Differenzen geschaffen:



Erstens sollen die Versicherten im Sinne eines verstärkten Wettbewerbs über die Kantonsgrenzen hinweg unter allen Listenspitälern frei wählen können. Zweitens sollen die Versicherer Spitälern, die nicht auf der kantonalen Liste stehen, keine Beiträge aus der Grundversicherung ausrichten dürfen, und drittens soll der kantonale Finanzierungsanteil mindestens 55 Prozent betragen, und zwar ohne Flexibilität nach unten. Dieser Anteil soll aufgrund von Vereinbarungen zwischen den Kantonen und den Versicherern stufenweise erreicht werden.

### Einigung beim Kostenteiler

Grundsätzlich ist die Reform der Spitalfinanzierung auf gutem Wege.

In der Finanzierungsfrage sollten sich die Räte finden können, da sich Kantone und Krankenversicherer im vergangenen November geeinigt haben: Die Mehrkosten, die in der Grundversicherung wegen des Einbezugs der Investitionen und der Gleichstellung aller Listenspitäler entstehen, sollen hälftig aufgeteilt werden.

Bei den Fallpauschalen hält santésuisse jedoch eine Ergänzung für nötig. Hier braucht es eine Rechtsgrundlage für die Bereitstellung der Daten (Diagnosen und Prozeduren) zwecks Rechnungskontrolle und zur Regelung des Datenschutzes.

Die freie Wahl von Spitälern, die auf der Liste des Wohnkantons oder eines anderen Kantons stehen (das so genannte *Cassis de Dijon*-Prinzip), wird von santésuisse begrüsst. Die Finanzierung von ausserkantonalen Behandlungen sollte allerdings nicht zu Mehrkosten für Kantone und für Versicherer führen. Was die Kategorie der Vertragsspitäler betrifft, unterstützt santésuisse den Ständerat. Sie erleichtert es einerseits den Kantonen, den Bedürfnissen angepasste Spitallisten zu erstellen, und begrenzt andererseits die Nachteile der privaten Spitäler, die keine Aufnahme in diese Listen finden.

Die aktuelle Reform der Spitalfinanzierung ist ein wichtiger Schritt zu mehr Effizienz in Krankenversicherung und Gesundheitswesen. Mittelfristig sind jedoch weitere Schritte nötig. Den nächsten hat der Ständerat mit seiner Motion zur gleichen Finanzierung des stationären und des ambulanten Sektors bereits eingeleitet. (WF)

## Les DRG vont bousculer le système de santé

**LUC SCHENKER EST PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION APDRG SUISSE QUI, DEPUIS 1997, A DÉVELOPPÉ ET MAINTENU LES APDRG EN VIGUEUR À CE JOUR. IL ÉTAIT JUSQU'À FIN 2006 DIRECTEUR FINANCIER DU CHUV À LAUSANNE. IL EST ACTUELLEMENT CHARGÉ DE MISSION AUPRÈS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHUV ET CHARGÉ DE COURS À L'INSTITUT D'ÉCONOMIE ET MANAGEMENT DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE LAUSANNE. IL PRÉSENTE LE SYSTÈME DES DRG ET RÉPOND AUX QUESTIONS DE TRAIT D'UNION.**

### ORIGINE ET SIGNIFICATION DES DRG

Les DRG, pour Diagnosis Related Groups, ou en français «groupe homogène de malades» (GHM) ont été développés dans les années 70 à l'Université de Yale aux Etats-Unis par le Professeur Robert Fetter dans le but de standardiser les clientèles hospitalières, notamment dans un objectif de contrôle de qualité.

Ce système a été adopté par le gouvernement américain pour rembourser les hôpitaux dès 1983. Il s'est ensuite progressivement répandu en Europe.

Les groupes diagnostics sont construits sur la base du diagnostic principal, des diagnostics secondaires qui expriment une co-morbidité ou une complication et qui vont donc entraîner la classification du patient dans un groupe à sévérité plus ou moins élevée, ainsi que des codes d'interventions opératoires qui permettent de distinguer les patients chirurgicaux des patients médicaux. Suivant les familles de DRG, il y a entre 600 et 1'300 groupes. Un groupe doit être cohérent à la fois sur le plan médical (par



exemple, ne pas mélanger une opération cardiaque et une prothèse de hanche) et sur le plan économique.

### LES DRG EN SUISSE

Les DRG ont commencé à être étudiés en Suisse au milieu des années 80 et ont fait l'objet d'un rapport concluant à l'intérêt de cette technique pour la Suisse (F. Paccaud, L. Schenker, DRG, perspectives d'utilisation, Masson, Paris, 1989). Dès la fin des années 90, suite à la décision du Conseil fédéral de généraliser la saisie des codes diagnostics et opératoires (ordonnance de 1997), une association regroupant des cantons, des hôpitaux et les assureurs-maladie et accidents ont décidé d'introduire les APDRG en Suisse sur une base volontaire. Les APDRG sont une variante de la solution utilisée par le gouvernement américain. Ils ont été adaptés aux données récoltées en Suisse.

En 2002, la facturation en APDRG débutait dans le canton de Vaud, qui a été la première région européenne à facturer les séjours hospitaliers en DRG. Depuis, une centaine d'établissements l'utilise soit pour l'assurance-accidents, soit pour l'assurance-maladie, soit pour les deux.

En 2004, les cantons, les assureurs-maladie et accidents, la Fédération des médecins et l'Association suisse des hôpitaux ont décidé de lancer un projet SwissDRG pour sélectionner la nouvelle génération de DRG pour la Suisse. Le choix s'est porté sur les DRG allemands (G-DRG) qui sont actuellement en cours d'«helvétisation» et devraient être utilisés dès 2010 pour l'ensemble de la Suisse en remplacement des APDRG. ■



## Les DRG: plus nécessaires que «magiques»

*Monsieur Luc Schenker, les hôpitaux publics et d'intérêt public vaudois ont été les premiers en Suisse à introduire le financement et la facturation par APDRG en 2002. Vous avez été l'initiateur de cette réforme, quel bilan en tirez-vous?*

«L'introduction des APDRG pour le financement et la facturation des hôpitaux s'est très bien passée et après une première année d'inévitables «maladies de jeunesse», le système fonctionne de routine à satisfaction de tous les partenaires. Au CHUV, il couvre l'entier de la facturation, y compris les patients privés et les honoraires médicaux. Dans les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), seules les factures pour l'assurance obligatoire des soins sont faites en DRG. Le problème le plus important qui a entraîné des retards de facturation est celui du codage des opérations et des diagnostics. En effet, ce codage nécessite la mise à disposition du dossier médical après un séjour hospitalier et certains services fournissaient cette information avec retard. Les hôpitaux se sont réorganisés administrativement et aujourd'hui la quasi totalité de la facturation est faite, au plus tard, un mois après la sortie du patient.

S'agissant du financement des hôpitaux, les APDRG permettent à la fois de tenir compte de la variation des hospitalisations comme c'était le cas précédemment, mais également de la lourdeur des patients traités, ou plutôt de leur sévérité, puisqu'à chaque patient est affecté un nombre de points correspondant aux ressources nécessaires pour son traitement. Le nombre de points varie entre 0,126 point pour un nouveau-né décédé et 38,278 points pour une transplantation de moelle osseuse. La moyenne des séjours est égale à 1 et est basée sur un échantillon d'un million de séjours hospitaliers au niveau suisse.»

*Les DRG sont-ils également utiles dans la gestion interne de l'hôpital?*

«Dans la mesure où les DRG permettent de

### PORTRAIT-EXPRESS

Luc Schenker est né en 1948. Après des études d'économie politique à l'Université de Neuchâtel, il a complété sa formation en économie de la santé, à l'Université de Yale. Il a occupé les fonctions d'économiste au Département des affaires sociales du canton de Vaud, puis a pris la responsabilité du financement des établissements sanitaires au Service de la santé publique de ce même canton et, enfin, est devenu directeur des finances au CHUV. Sur le plan académique, il a codirigé l'étude suisse sur les DRG entre 1985 et 1990 et, actuellement, est chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne dans le

mesurer la «production hospitalière», c'est un instrument extrêmement utile à la gestion interne, notamment pour allouer des budgets aux différents services hospitaliers et pour les comparer entre eux ou avec d'autres hôpitaux.»

### LES SWISSDRG EN PRÉPARATION

*Qu'en est-il des DRG aujourd'hui sur le plan suisse?*

«Plus d'une centaine d'établissements hospitaliers utilise les DRG. Le plus grand nombre les utilise dans le cadre des contrats avec l'assurance-accidents. C'est dans ce domaine également que certaines cliniques privées ont signé des conventions en APDRG. S'agissant de l'assurance-maladie, Santé Suisse a signé des conventions en APDRG dans la plupart des cantons romands, ainsi qu'en Suisse centrale. Depuis 2006, Santé Suisse a refusé de signer de nouvelles conventions en APDRG dans l'attente des SwissDRG, ce qui est regrettable parce que l'utilisation des APDRG est une excellente préparation à la mise en œuvre des SwissDRG.»

*Dans un document (dossier politique, 19 février 2007) d'économiesuisse consacré au financement des hôpitaux, il est dit que «les groupes de diagnostic sont une condition nécessaire mais insuffisante pour provoquer un changement structurel». Comment réagissez-vous?*

«Le dossier que vous mentionnez met en évidence l'utilité des DRG dans le cadre d'un encouragement à la mise en concurrence des hôpitaux entre eux. Il est évident que les DRG sont un outil indispensable, mais non suffisant pour faire jouer la concurrence entre les hôpitaux. En effet, les DRG permettent de compa-

cadre du Master of Advanced Studies in Health Economics and Management. Il préside l'Association APDRG Suisse depuis 1997 et l'Association Patient Classification Systems



Suisse qui regroupe les spécialistes dans le domaine des classifications de patients en Suisse. Il est également membre de l'Association internationale Patient Classification Systems. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, il est chargé de mission auprès du directeur général du CHUV.

rer les hôpitaux entre eux avec une certaine transparence. En revanche, les barrières cantonales actuelles ou les planifications cantonales limitant la marge de manœuvre des hôpitaux sont autant d'obstacles à la mise en concurrence des hôpitaux que les DRG en tant que tels ne pourront pas lever.»

### UNE CULTURE ENCORE NEUVE

*Les décideurs politiques suisses ainsi que les acteurs participant à la réflexion sur le financement des coûts hospitaliers en Suisse ont-ils, aujourd'hui, selon vous, pris la pleine mesure des DRG comme instrument de planification et de gestion?*

«Pendant longtemps, ces décideurs ont été très sceptiques à l'égard des DRG en Suisse, malgré les études réalisées en Suisse et les expériences faites dans d'autres pays. Il a fallu que l'Allemagne se décide pour que nos compatriotes, d'Outre-Sarine en particulier, changent de point de vue et se mettent à militer activement pour l'introduction des DRG. La culture en matière de DRG est encore relativement neuve en Suisse et ces milieux, comme tous les néophytes, attribuent aux DRG des vertus qu'ils n'ont pas. Comme c'est souvent le cas, les politiques ont de la peine à décider et mettent leur espoir dans des outils techniques pour décider à leur place. Hier, les DRG étaient décriés, aujourd'hui, ils sont considérés comme la «potion magique» pour réduire les coûts hospitaliers et demain, ils décevront puisque les grands espoirs placés en eux ne pourront pas se réaliser. Enfin, il faut espérer qu'après un certain temps nous aurons en Suisse une mesure plus réaliste de ce que peuvent apporter de tels outils et que nous les utiliserons correctement.»



### QUELLE EXTENSION AUX CLINIQUES PRIVÉES?

*Les DRG constituent-ils une réponse spécifique aux établissements publics ou vont-ils se généraliser à l'ensemble des hôpitaux, privés inclus?*

«La généralisation des DRG aux cliniques privées dépend de leur place dans la planification des établissements sanitaires en fonction de décisions qui seront prises dans le cadre de la révision de la LAMal. Pour simplifier, si les cliniques privées sont sur une liste LAMal et peuvent de ce fait être financées par l'assurance obligatoire des soins, les séjours devront être facturés en DRG. Dans le cas contraire, si les séjours facturés ne concernent que l'assurance complémentaire, un système de facturation à l'acte pourrait subsister. Toutefois, la question des factures médicales dans les cliniques privées demeure. Aujourd'hui, le médecin facture séparément de la clinique. Est-ce que demain ce système pourra continuer comme c'est le cas aujourd'hui en Allemagne avec les médecins agréés ou est-ce que les médecins seront exclusivement payés par les hôpitaux comme salariés ou rétribués à l'acte, et non plus directement par les assureurs? La question est pendante.»

*Comment percevez-vous le développement des DRG en Suisse au cours des prochaines années et quelles sont les principales difficultés qui freinent sa généralisation?*

«Le fait d'avoir choisi les DRG allemands pour la Suisse est une difficulté supplémentaire à l'implantation rapide d'un seul système DRG pour la Suisse. En effet, l'«helvétisation» de la solution allemande est une tâche de longue haleine qui pose de nombreux problèmes tech-



niques. S'ajoute à ces difficultés le fait que les cinq partenaires (hôpitaux, médecins, cantons et assureurs-maladie et accidents) ont beaucoup de peine à s'entendre sur le design du futur système DRG suisse s'agissant par exemple des facturations de médecins, des réhospitalisations, des transferts de patients, de la place de la réadaptation, de la communication des diagnostics aux assureurs, etc. L'ensemble de ces difficultés pourrait retarder de manière considérable la mise en œuvre d'un système DRG unique pour toute la Suisse. Il faut se rappeler que les partenaires (assureurs, médecins et hôpitaux) ont mis plus de quinze ans pour se mettre d'accord sur le tarif ambulatoire TarMed qui était certainement beaucoup moins compliqué à mettre en place que les DRG.»

### CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS

*A votre avis, la remarque selon laquelle la focalisation sur les seuls coûts entraînerait une détérioration de la qualité est-elle justifiée?*

«Les études américaines ont montré qu'il y avait un risque important avec l'introduction des DRG, celui du retour prématuré à domicile des patients. En effet, la facturation des séjours hospitaliers par DRG incite les hôpitaux à diminuer le plus possible la durée de séjour et effectuer un maximum de prestations diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire avant ou après l'hospitalisation. Ceci peut entraîner un retour prématuré à domicile et des complications avec réhospitalisation si aucune mesure de qualité n'est effectuée. Les milieux qui s'occupent de la qualité en Suisse en sont

conscients et proposent, avant l'introduction généralisée des DRG, qu'un programme qualité soit développé afin d'éviter ces risques de sorties prématurées.»

*Outre vos fonctions au CHUV, vous êtes chargé de cours à l'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne. Dans ce cadre, vous venez de publier les résultats d'un programme de recherche de trois ans sur les DRG et notamment sur leur introduction en Suisse (voir «Research on DRG» à l'adresse web suivante: [www.hec.unil.ch/iems](http://www.hec.unil.ch/iems)). Quelle place occupe aujourd'hui les DRG en milieu académique et quelles sont les perspectives d'avenir?*

«L'Institut d'Economie et Management de la Santé de l'Université de Lausanne est en effet à la pointe de la recherche académique sur les outils de financement des hôpitaux et notamment sur les DRG. Malheureusement, les milieux politiques et professionnels de la santé ne voient pas aujourd'hui suffisamment l'intérêt de développer la recherche s'agissant des DRG. Ils ne se rendent pas encore compte que la mise en œuvre généralisée des DRG en Suisse risque de poser des problèmes pour lesquels ils n'ont aujourd'hui pas de réponse (effets pervers sur la dispensation des soins, incitation à la sélection des patients, report inapproprié sur les établissements de réadaptation, etc.). Dans les autres pays, la mise en œuvre de solutions DRG a été accompagnée d'un programme de recherche qui a permis aux universités d'étudier les impacts et de suivre l'évolution du système. En Suisse, les DRG n'intéressent pas le Fonds national de la recherche scientifique, parce qu'il s'agit avant tout de recherche appliquée et ils n'intéressent pas les politiques, parce que ces recherches ne peuvent pas toujours amener des solutions applicables à court terme. C'est dommage et il reste à espérer que, tant au niveau fédéral que cantonal, les responsables comprendront, à l'avenir, l'intérêt d'associer les chercheurs des universités à la mise en place des DRG.» ■