

In der Ausgabe 9/2010 der SÄZ vom 3. März äusserte Prof. Gerhard Rogler Ängste gegenüber der Einführung des Tarifsystems SwissDRG auf Anfang 2012. Der folgende Artikel stammt von Mitarbeitenden der SwissDRG AG, der von den Tarifpartnern, Kantonen und Ärzteschaft getragenen und per Gesetz legitimierten Gesellschaft zur Einführung und Pflege eines national einheitlichen, leistungsbezogenen Abgeltungssystems für stationäre Leistungen auf der Basis von Fallpauschalen. Die Autoren beleuchten die anstehende System-

änderung sowohl aus dem ärztlichen als auch gesundheitsökonomischen Blickwinkel. Da zahlreiche Vorbehalte und Ängste aus Unkenntnis der konkreten Ausgestaltung des Fallpauschalen-Systems in der Schweiz entstehen, nimmt die SwissDRG AG im folgenden zu den von Prof. Rogler aufgeworfenen Fragen Stellung.

*Dr. med. Pierre-François Cuénoud,  
Mitglied des Zentralvorstands der FMH,  
Verantwortlicher Ressort SwissDRG*

## Das SwissDRG-Fallpauschalen-System – Stellungnahme zum Artikel von Gerhard Rogler Arbeiten im Hinblick auf ein leistungsgerechtes Abgeltungssystem spitalstationärer Leistungen ab 2012

*Simon Hölzer,  
Constanze Hergeth,  
Christopher Schmidt*

Das Fallpauschalen-System SwissDRG ist das neue Tarifsysteem, das die Vergütung eines Patientenfalles im Rahmen der gesamten Spitalfinanzierung regelt. Grundlage dafür ist der Gesetzesauftrag des Parlaments vom Dezember 2007. Im neuen Tarifsysteem werden die Regeln festgelegt, nach denen die vorhandenen Steuergelder der Kantone und die Versicherungsbeiträge der Krankenkassen für stationäre Leistungen verteilt werden. Das DRG-System verstärkt die Leistungsgerechtigkeit und fördert die Transparenz. Die bereits vorhandenen sowie die für die Schweiz in Vorbereitung befindlichen Regelungen zur Gesamtfinanzierung des Systems unterscheiden sich deutlich von denjenigen anderer Länder. Sie sind klar auf ein qualitativ hochwertiges, steuerbares und finanzierbares Gesundheitswesen ausgerichtet.

Die SwissDRG AG nimmt die Äusserungen und Bedenken von Prof. Dr. med. Gerhard Rogler [1] ernst. Zumal gerade die Ärzteschaft und die Spitäler vom Systemwechsel betroffen sind. Sein Diskussionsbeitrag reflektiert allerdings die Realitäten in unserem Land nur teilweise. Auch berücksichtigt er nur unzureichend die mehrjährigen guten Erfahrungen von Spitälern, Versicherern und den zehn Kantonen, die ihre Leistungen schon heute mit Fallpauschalen verrechnen.

**«Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – Basisinformationen für Gesundheitsfachleute»**  
Ende April erscheint die neue Informationsbroschüre der SwissDRG AG auf Deutsch, Französisch und Italienisch. Sie enthält in knapper und übersichtlicher Form alle wichtigen Informationen zum neuen Fallpauschalen-System in der Schweiz. Die Broschüre kann beim Sekretariat der SwissDRG AG kostenlos bezogen werden kann.

### **Zur These 1: DRGs senken die Kosten im Gesundheitssystem nicht**

Vorrangiges Ziel der DRG-Einführung in der Schweiz ist nicht die Kostensenkung, sondern die gerechtere Verteilung der vorhandenen Mittel getreu dem Leitsatz «Geld folgt Leistung». Fallpauschalen werden dazu beitragen, den aufgrund der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts hervorgerufenen Kostenanstieg im Gesundheitswesen zu kontrollieren. Dies über einen Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb, der aufgrund der neugewonnenen Transparenz entstehen kann.

### **Zu These 2: Nebenwirkung der DRGs ist zunehmende Intransparenz**

Prof. Rogler anerkennt zwar den Wunsch der Kostenträger nach Transparenz. Jedoch zieht er daraus die falschen Schlüsse. Die Autonomie des Arztes wird durch das Fallpauschalen-System nicht in Frage gestellt. Die Einführung der DRGs führt nicht zu medizinisch unbegründeten Eingriffen. Alles andere würde einen Straftatbestand erfüllen. Vorsätzlich falsche Indikationsstellung wäre schon in den heutigen Systemen möglich. Faktoren wie der Schweregrad der Erkrankung, komplizierende Nebendiagnosen, das Patientenalter oder die Aufenthaltsdauer werden bei der Festlegung der Höhe der Spitalvergütungen weiterhin berücksichtigt. Fakt ist: Wie bisher entscheiden alleine die Gesundheitsfachleute über die Notwendigkeit von medizinischen Eingriffen.

### **Zu These 3: Das DRG-System führt zu neuen Ungerechtigkeiten**

Das neue System wird die nötigen Finanzmittel nachvollziehbarer und gerechter als heute dort bereitstellen.

1 Rogler G. Das Ruiniert das Gesundheitssystem: DRGs – Risiken und Nebenwirkungen. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(9):370–4.

Korrespondenz:  
SwissDRG AG  
Haslerstrasse 21  
CH-3008 Bern  
info@swissdr.org

len, wo die Leistungen erbracht werden. Die SwissDRG AG ist sich bewusst, dass es gerade in der Einführungsphase aufgrund von Mängeln in der Datenqualität zu temporären Ungerechtigkeiten kommen kann. Deshalb sind entsprechende Korrekturmassnahmen vorgesehen. Das System wird auch nach 2012 laufend weiterentwickelt und optimiert. Realistischerweise wird jedoch seitens der Systementwicklung nicht der Anspruch erhoben, jeden erdenklichen Behandlungsfall in das Korsett einer DRG-Vergütung zu zwingen.

#### **Zu These 4: Das DRG-System führt zur Benachteiligung gewisser Spitäler**

Die Einführung der DRGs in Deutschland hat nachweislich zu einer Verbesserung der Versorgungsprozesse im Spital und zur Spezialisierung der Spitalleistungen geführt [2, 3]. Eine Konzentration auf die eigenen Stärken ist im Rahmen der kantonalen Leistungsaufträge insbesondere bei den Spitälern der Grundversorgung gesundheitspolitisch erwünscht und sinnvoll. Eine Mehrzahl der deutschen Spitäler ist mit dem DRG-System zufrieden. Dazu zählen auch die Universitäts-spitäler. Aufgrund der jährlichen Weiterentwicklungen des DRG-Systems ist es gelungen, die hochspezialisierten und besonders aufwendigen Fälle der Universitäts-spitäler leistungsgerecht abzubilden [4].

#### **Zu These 5: Das DRG-System bringt keine Verbesserung bei der Behandlungsqualität**

Prof. Rogler kritisiert, dass das DRG-System die Qualität der Behandlung nicht misst. Von einem Tarifsyste-m – und nichts anderes sind Fallpauschalen – kann dies jedoch auch nicht erwartet werden. Ein Tarifsyste-m legt fest, nach welchem Mechanismus ein Preis für eine bestimmte Leistung ermittelt wird. Jedes Tarifsyste-m, auch die aktuell angewandten, beinhaltet Anreize, die die Behandlungsqualität gefährden können. Es bedarf deshalb konkreter Massnahmen, die der Gesetzgeber als «Begleitmassnahmen zur Einführung von SwissDRG» definiert hat. Sie werden durch die SwissDRG AG und ihre Partner umgesetzt. Mit der Messung der Qualität in den Spitälern hat die SwissDRG AG den

#### **Öffentliche Informationsveranstaltungen SwissDRG Forum 2010**

**Am Freitag, dem 30. April 2010, findet das dies-jährige SwissDRG Forum im Congress Center in Basel statt. Die ganztägige Veranstaltung be-schäftigt sich mit den konkreten Erfahrungen bei der Einführung von Fallpauschalen und dem Stand der Vorbereitung für die Einführung des Systems Anfang 2012 in der Schweiz. Simultan-übersetzung auf Französisch ist vorhanden. Pro-gramm und Anmeldung unter [www.swissdrg.org](http://www.swissdrg.org). Weitere Informationsveranstaltungen sind geplant am 21. September 2010 in Bern und am 27. Sep-tember 2010 in Genf.**

Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) beauftragt. Auch der Spitalverband H+ sowie das Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickeln Kriterien, mit deren Hilfe die Qualität in den Spitälern sichergestellt und verglichen werden kann.

#### **Zu These 6: Das DRG-System benachteiligt Spitzenmedizin und verzögert Innovationen**

Äusserungen wonach man «in Zukunft die Entwick-lungen der Spitzenmedizin anderen Ländern ohne DRG-System überlassen» müsse, sind unsachlich und falsch. Die SwissDRG AG ist gerade dabei, gemeinsam mit ihren Partnern und in Abstimmung mit dem Bun-desamt für Gesundheit, Lösungen für eine möglichst sachgerechte Vergütung von medizinischen Innova-tionen zu erarbeiten und einen raschen Marktzugang zu gewährleisten. Im Übrigen ist ein entsprechendes Verfahren auch in Deutschland implementiert. Auch dort profitieren Patienten weiterhin von Innova-tionen in der Gesundheitsversorgung.

#### **Zu These 7: Das DRG-System ist resistent gegen Ergebnisse der Begleitforschung**

Die erste Aufgabe der Begleitforschung ist es, das Ge-samtsystem systematisch zu beobachten und Fehler oder Fehlanreize, die nur bedingt verhindert werden können, aufzudecken. Vorhandene Fehler können auf-grund des Ansatzes eines lernenden Systems und im Dialog mit allen Beteiligten ausgemerzt werden. Hier müssen sich Aufwand und Nutzen mit einer über-schaubaren Bürokratie die Waage halten.

#### **Fazit**

Die therapeutische Freiheit des Arztes und die Auto-nomie der Medizin werden durch das Fallpauschalen-System nicht in Frage gestellt. Fallpauschalen sind ein Verteilmechanismus, der möglichst sach- und leistungsgerecht sein will. Übergeordnet regelt das KVG das gesamte System, inklusive die Spitalfinanzierung. Nicht die Gesundheitspartner und damit auch nicht die SwissDRG AG sind dafür zuständig. Insgesamt gibt es in der Schweiz ein sinnvolles, demokratisch legiti-miertes Gesamtsystem, das alle Aufwendungen im Ge-sundheitswesen regelt.

Durch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Versicherer und Kantone unter dem Dach der SwissDRG AG ist gewährleistet, dass unterschiedlichste In-teressen bei der Einführung der DRGs in der Schweiz berücksichtigt werden. Der jährliche Rhythmus der Systemweiterentwicklung, unter Einbezug der Gesund-heitsfachleute im Rahmen des SwissDRG-Antragsver-fahrens, trägt zudem dazu bei, dass die auch in Zukunft notwendigen Anpassungen zeitnah möglich sind. An diesem regelmässigen Prozess sind im Übrigen prak-tisch alle relevanten medizinischen Fachgesellschaften beteiligt.

2 Vgl. Sens, Wenzlaff, Pommer, von der Hardt. Effekte der pauschalierten Vergütung in der stationären Versorgung (DRG) auf die Gesundheitsversorgung: DRG-induzierte Veränderungen und ihre Auswirkungen auf die Organisa-tionen, Professionals, Patienten und Qualität. 2009.

3 Vgl. Blum, Offermanns, Perner. Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts e.V.; 2008.

4 Vgl. Blum, Offermanns, Schilz. Krankenhausbarometer des Deutschen Krankenhausinstituts e.V. 2006.