

SwissDRG – ist die Einführung am 1. Januar 2012 realistisch?

Wie jedes landesweite Projekt hängt die Erarbeitung des künftigen Spitaltarifsystems SwissDRG von der Entwicklung der zahlreichen Elemente ab, aus denen es sich zusammensetzt: Verzögerungen können dabei den gesamten Prozess behindern. SwissDRG muss gemäss den gesetzlichen Vorgaben ab 1. Januar 2012 in allen Schweizer Spitälern zur Anwendung gelangen – Spekulationen über eine aufgeschobene Einführung sind deshalb illusorisch. Jeder Zwischenfall, jede Änderung gegenüber dem festgelegten Plan hat bloss zur Folge, dass am Stichtag ein System von minderer Qualität in Kraft tritt.

Einige der noch laufenden Arbeiten kommen zurzeit nicht im gewünschten Tempo voran, sie erfordern in den nächsten Monaten daher grosse Aufmerksamkeit:

Die FMH hat beschlossen, von Anfang an konstruktiv mitzuwirken, um unsere Anliegen laufend in die Überlegungen und Entscheidungen einzubringen

- Das Bundesamt für Statistik verfügt nicht über die notwendigen Ressourcen, um die zahlreichen Verbesserungsvorschläge für die Operationsklassifikation CHOP zu bewältigen, die unsere Fachgesellschaften sehr sorgfältig und engagiert erarbeitet haben. Doch die notwendigen Anpassungen am Statistikinstrument sind unbedingt rasch vorzunehmen, damit sie bei den nächsten Datenerfassungen berücksichtigt werden und somit in die Logik des Systems einfließen können. Um diese Anpassung der CHOP zu beschleunigen, hat die SwissDRG AG dafür gesorgt, dass zwei Spezialisten dem BFS während mehreren Monaten unter die Arme greifen.
- Die Qualität der in den Referenzspitälern erfassten Spitaldaten lässt teilweise zu wünschen übrig, da die Kostenstellenrechnung unserer Spitäler oft noch zu wenig genau ist. Dies führt zwangsläufig zu Ungenauigkeiten bei der Berechnung der Kosten. Das Handbuch REKOLE enthält Empfehlungen für die Erstellung einer glaubwürdigen und umfassenden Kostenstellenrechnung: H+ Die Spitäler der Schweiz macht Druck auf seine Mitglieder, damit sich alle möglichst rasch daran halten.
- Es macht Sinn, die Investitionen und die Kosten für die Benutzung der Anlagen in den DRG zu berücksichtigen. Dies stellt allerdings eine Neuerung gegenüber den DRG-Systemen dar, die bisher zum Einsatz kommen und die im Ausland gelten. Das Festlegen dieser Beträge wird sich schwierig gestalten, da viele Spitäler über Aktivitäten ohne direkten Bezug zu ihrem Gesundheitsauftrag verfügen. REKOLE sieht vor, wie die damit verbundenen anrechenbaren Kosten zu erfassen sind, doch die Verordnungen des Bundes sind restriktiver. Daher wurde eine vergleichende Analyse der beiden Systeme in Auftrag gegeben.
- Die Finanzierung von Innovationen ist noch nicht geregelt. Im Grundsatz ist sie zwar unbestritten, doch die Modalitäten sind noch festzulegen. Diese können von

Einzelverhandlungen jedes Versicherers mit jedem Leistungserbringer bis zu einer Anerkennung reichen, welche die Partner auf einer breiteren Ebene verpflichtet – allenfalls unter Aufsicht der Kantone. Wenn die Frage bis zur Einführung des Systems geklärt sein soll, muss nächstens eine Entscheidung gefällt werden.

Die Aktionäre der SwissDRG AG sind sich dieser Schwierigkeiten bewusst und zeigen eine klare Bereitschaft zur Zusammenarbeit, ohne ihre Ideale zu verleugnen. Daraus ergibt sich eine interessante Dynamik mit dem klaren Bestreben, das Projekt zu einem Ergebnis zu führen. Das Casemix Office leistet mit noch sehr beschränkten Mitteln beachtliche Arbeit, die sich durch hohe Qualität auszeichnet. Das Engagement der Ärzteschaft auf allen Ebenen hat sich als ebenso unerlässlich wie produktiv erwiesen. Statt die Hände in den Schoß zu legen oder sich auf zwecklosen Widerstand zu versteifen, hat die FMH beschlossen, von Anfang an konstruktiv mitzuwirken, um unsere Anliegen laufend in die Überlegungen und Entscheidungen einzubringen.

SwissDRG ist ein ausbaufähiges System, von dem jährlich eine neue Version herauskommen wird. Die Tarifstruktur wird bei ihrer Einführung am 1. Januar 2012 zwar nicht abgeschlossen sein, doch es lässt sich davon ausgehen, dass sie 80% der Fälle annehmbar abbilden wird. Die Mängel müssen – zusätzlich zur notwendigen, breit angelegten Begleitforschung – rasch erfasst werden, damit sich in den Folgeversionen Korrekturen anbringen lassen.

Gegenüber den DRG werden nicht alle gleich sein. In mehreren Kantonen sind die Spitäler bereits mit einem derartigen System vertraut und haben sich entsprechend angepasst. Einige sind unterdessen sogar finanziell autonom und beanspruchen die staatliche Garantie nicht mehr. Hingegen ist es verständlich, dass jene Spitäler beunruhigt sind, die per 1. Januar 2012 abrupt auf SwissDRG umstellen. Es lässt sich nur schwer akzeptieren, dass jene, die am wenigsten leistungsfähig sind, von Anfang an mit einer unerbittlichen Finanzeinbusse bestraft werden: Die Spitäler müssen Zeit haben, um ihre Daten zu analysieren, sich die richtigen Fragen zu stellen und sich anzupassen. Vor allem in den Kantonen sind sich die politischen Entscheidungsträger dessen bewusst und planen, den Schock in den ersten zwei Jahren durch finanzielle Garantien abzufedern.

Die wachsende finanzielle Verantwortung unserer Spitäler erfordert eine Stärkung ihrer Führung – was sich nur durch eine aktive Zusammenarbeit mit der ärztlichen Leitung realisieren lässt. Kaderärztinnen und -ärzte besuchen übrigens immer öfter eine Weiterbildung im Managementbereich und zeigen damit, dass sie sich der Verflechtung der Probleme bewusst sind. Eine enge Zusammenarbeit zwischen administrativer und ärztlicher Leitung ist unerlässlich: Damit lassen sich die Folgen der Einführung von SwissDRG auf lokaler Ebene bewältigen und wir können unsere therapeutische Freiheit erhalten – zum Wohl unserer Patientinnen und Patienten.

Dr. med. P.-F. Cuénoud, Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Verantwortlicher Ressort SwissDRG